ROK V WARSZAWA 1931 WRZESIEŃ ZESZYT IX

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Przekwitanie u kobiet i u mężczyzn

podał

DR. WILHELM ROSENKRANZ.

Mówiąc o przekwitaniu mamy na myśli płeć żeńską, chociaż w ostatnich latach zaczęto rozróżniać i przekwitanie męskie. Czy słusznie, zastanowimy się nad tem później. Kobieta jest zaprzągnięta w służbę swej płci więcej aniżeli mężczyzna; jej całe życie skupia się w fizjologicznem zadaniu wydawania potomstwa i utrzymania rodu ludzkiego. Tak dalece, że mamy prawo wyodrębnić tę fazę życiową, w której gaśnie jej zdolność wydawania potomstwa. Przekwitanie jest zjawiskiem fizjologicznem i jako takie powinno przejść niespostrzeżenie. Niestety tak nie jest, wplatają się zjawiska patologiczne, zacierają się granice tak, że ostatecznie nie wiemy, co jeszcze należy zaliczyć do fizjologji, a co do patologji i to właśnie jest charakterystycznem dla przekwitania. Przekwitanie trwa przeciętnie dwa lata i rozpoczyna się w wieku od 40 — 58, najwięcej między 45 a 49 rokiem życia (około 45%). Trwanie i wiek zależny jest od klimatu, rasy, podłoża dziedzicznego, od życia poprzedniego, od wyżycia się płciowego, od warunków życiowych, materjalnych, a najwięcej od konstytucji. Klimat południowy i rasa południowa przyśpieszają przekwitanie n. p.: córki południowców, zamieszkałe w krajach północnych wchodzą wcześniej w okres przekwitania. Chinki i japonki w 40 roku życia, murzynki z centralnej Afryki w 35, a kobiety plemion nawpół dzikich nawet w 30 roku życia. Ma się wrażenie, że niższość rasy obniża wiek przekwitania. Zyskują na czasie kobiety sfer bogatych, gdyż ciężkie warunki życiowe, niedożywienie obniżają wiek przekwitania. Z typów konstytucjonalnych typy infantylny i hetero-seksualny prędzej przekwitają aniżeli pykniczny. Opóźniają przekwitanie mięśniaki, obniżenie trzewi, tyłozgięcie macicy i inne. Fizjologiczny przebieg przekwitania przedstawia się pokrótce następ-

pująco: naczelnym objawem są zmiany w krwawieniu. Zmiany już to nagłe, dające często asumpt do ciąży wrzekomej (grossesse nerveuse) jużto powolne, zaznaczające się coraz mniejszemi, w różnych odstępach czasu, krwawieniami przerywanemi silniejszemi krwotokami. W narządach rozrodczych rozpoczyna się proces wsteczny przez zanik tłuszczu w okolicy sromu, na wargach dużych, przez zanik gruczołów łojowych i włókien sprężystych. Pochwa z początku przekrwiona, ma później rysunek marmurowany, z powodu zaniku naczyń i licznych bladych odcinków błony śluzowej. Staje się ona krótszą, mniej elastyczną o gładkich zanikających sklepieniach. Niekiedy ubytki błony śluzowej powodują zrośnięcie się ścian pochwy. Macica jest z początku duża z powodu przekrwienia, później mała, płaska, twarda o bujnie przerosłej tkance łącznej kosztem włókien mięsnych. Waga jej zmniejsza się niekiedy do 30 gramów. Zatraca się granica między szyjką, a trzonem macicy, część pochwowa zanika — pochwa przechodzi wprost na ujście zewnętrzne. Aparat więzadłowy macicy ulega zanikowi, zwiotczeniu, macica obniża się, ustala się w położeniu poziomem. Wszędzie buja tkanka łączna, w trąbkach zanika światło, w jajnikach nie wytwarzają się pęcherzyki, naczynia wapnieją.

Zmiany w narządach rozrodczych idą w parze ze zmianami ogólnemi. Są one nieznaczne u kobiet typu pyknicznego. (Wzrostu małego, okrągłe, o krótkiej szyi, niskiem czole, dobrze napiętej skórze), u których następuje rozwój tkanki tłuszczowej proporcjonalnie rozłożonej. Inaczej u kobiet typu „astheno-ptoticus", które w młodości były smukłe, o zaokrąglonych, wypełnionych w miarę tłuszczem kształtach. Przedstawiają one obecnie szczególny widok z powodu opadających fałdów skóry na policzkach, mas tłuszczowych w dolnych częściach ciała — co jest skutkiem wrodzonego słabego napięcia tkanek, zmniejszonego nadto przez przekwitanie. Piersi wydłużają się, brodawki stają się większe. Kobiety typu interseksualnego, wysokie, chude, o grubych kościach, rzadko mają dużo tkanki tłuszczowej, w przekwitaniu zaś chudną raczej, rysy nabierają charakteru męskiego: są ostre, tu i ówdzie występuje męski zarost na twarzy i podbródku. Głos ich staje się gruby, szorstki, piersi całkiem zanikają, brodawki piersiowe i okolica ciemnieją, owłosienie sromu przekracza górną granicę, wszystkie miejsca trwałego ucisku dostają dużo barwiku. *Halban* widzi w tem zjawisku dowód dwupłciowości, a mianowicie wydobycie się na powierzchnię cech płci męskiej, których zwycięski dotychczas jajnik nie dopuszczał na światło dzienne. Inne zjawiska stoją w związku z gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu. Działalność tych gruczołów jest silnie ze sobą sprzężona, wzajemnie łączą się one i uzupełniają. Wypadnięcie czynności jednego z nich pociąga za sobą ogólne zmiany z powodu załamania się dotychczasowej harmonji hormonalnej. To odbija się na całem organizmie, któremu potrzeba dłuższego czasu do uzyskania równowagi. Z powyższych przyczyn spostrzegamy szereg zjawisk u kobiet w tym okresie np.: zaburzenia wazomotoryczne, jak uderzenia krwi z następowem zblednięciem i obfitem poceniem się, obejmującem niekiedy wielką część ciała (bouffées de chaleur). Dzieje się to nagle, często w nocy, objawem prodromalnym jest niepokój, szum w uszach, migotanie. Z innych zaburzeń wazomotorycznych wymieniamy uczucie ciepła, mrówienie kończyn, skurcze mięśni goleni, skurczowe bóle głowy (migrena, ginie bezpowrotnie!), ślinienie, bezsenność. Do tego przyłącza się bębnica i uporczywe zaparcie. Centralny układ nerwowy podrażniony — kobiety są bardzo podniecone, zrzędliwe, przeczulone, zwłaszcza ze sfer dobrze sytuowanych z wiecznie napiętą uwagą na sferę płciową, szukające i znajdujące szereg dolegliwości bez podłoża organicznego. Inne są apatyczne, melancholijne, nieporadne, zaniedbujące się w pracy zawodowej (t. zw. „melancholja przełomu". Stan centralnego układu nerwowego jest zależny od samej jednostki, te bowiem, które przedtem nie były w równowadze duchowej i obecnie pozostają w rozterce. Co do życia płciowego — to jedne, przeważnie kobiety zimne, cierpią z powodu zwiększonej pobudliwości zmysłowej, a drugie tracą je zupełnie. Przesłanki do wzmożonej pobudliwości płciowej należy szukać w korze mózgowej, co jest zupełnie zrozumiałem u kobiet kulturalnych, któreby chciały przedłużyć swoją młodość, z której trudno im zre-

zygnować. Skłonne są tedy do różnych, ośmieszających je awantur miłosnych (*Karin Michaelis*).

Powyższe objawy mogą przejść niespostrzeżenie granicę fizjologiczną, każdy z nich może stać się przyczyną poważnych zmian, nieraz zgubnych, nastręczających dużo trudności rozpoznawczych. Do tych objawów należą między innemi krwawienia. Mogą one występować przed, w okresie i po przekwitaniu bez zmian organicznych, li tylko z powodu wygasania działalności jajników. Po za temi krwawieniami kryją się niekiedy ciężkie schorzenia i wielka ilość kobiet pada ofiarą swojej „wiedzy", że te krwawienia są rzeczą zwyczajną w tym okresie. Przyczyną tych ofiar jest nietylko „wiedza" kobiet, lecz, niestety często i niedbalstwo, raczej niesumienność lekarzy, którzy zapisują bezkrytycznie styptica i zaprzepaszczają najdroższy czas. Każdy przypadek nadmiernego krwawienia wymaga sumiennego zbadania i zużycia całego, stojącego nam do dyspozycji, aparatu djagnostycznego. Przyczyny wszelkich obfitych krwawień, jużto okresowych przedłużających perjody, jużto przyjmujących charakter krwotoków, szukano dawniej tylko w macicy samej, w stanie jej zapalnym w tak zwanym endometritis glandularis hyperplastica. Uprzytomniwszy sobie fizjologiczne zmiany błony śluzowej macicy, zdołamy tę przyczynę gdzieindziej umieścić. Błona śluzowa macicy składa się z warstwy podstawowej, niezmiennej w całem przebiegu życia płciowego i z warstwy czynnej, która doznaje przez bujanie naczyń i gruczołów szereg zmian cyklicznych, kończących się ostatecznie całkowitem złuszczeniem i skurczem ziejących naczyń. Otóż przed i w okresie przekwitania przychodzi do większych krwawień przy zdrowych narządach rozrodczych, gdy nie następuje rychło skurcz pękniętych i ziejących naczyń. Staje się to z powodu przedwczesnego przerastania mięśniówki tkanką łączną i skutkiem tego osłabienia aparatu mięśniowo skurczowego, jako też wskutek miażdżycy tętnic, ograniczającej się tylko do narządów płciowych. Dzieje się to, najczęściej u kobiet typu astheno-ptotycznego. Drugą przyczyną jest bierne przekrwienie narządów rozrodczych wywołane też błędami djetetycznemi, nadużywaniem jadła i napojów, zmianami w mięśniu sercowym, w nerkach, opuszczeniem trzewi i t. d. Trzecią przyczyną są zaburzenia czynnościowe jajnika w postaci chaotycznego, nadmiernego dojrzewania pęcherzyków, które powodują nadmierne bujanie czynnej warstwy błony śluzowej macicy. Dowodem, że te krwawienia należy odnieść do hormonalnych wpływów jajnika jest nawrót tych krwawień po zeskrobaniu przerosłej błony śluzowej macicy. Oczywista, że ta nieprawidłowa czynność jajnika wpływa na inne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, zwłaszcza na tarczycę, odgrywającą pewną rolę w krwawieniach.

Z innych przyczyn nadmiernego krwawienia idących już w parze ze zmianami patologicznemi narządów rozrodczych wymienić należy zmiany położenia macicy, mięśniaki, procesy zapalne, nadżerki, odleżyny, nowotwory i polipy. Powyższe krwawienia wymagają skrupulatnego badania całego organizmu, dokładnej anamnezy, wykluczenia przyczyn poza narządami rozrodczemi leżących, jak: serce, nerki, płuca, niedokrewność, białaczka, opuszczenie trzewi, zaparcie etc. etc., następnie zużycia całego aparatu naukowego, nam dostępnego, jak badanie skrawków uzyskanych przez nacięcie lub zeskrobanie błony śluzowej. Pamiętamy przytem, że wszystkie procesy zapalne są przeciwskazaniem do tych zabiegów. Prócz krwawień stojących na pograniczu fizjologji i patologji i przekraczających je są i inne objawy, znamienne dla okresu przekwitania. Do tych należą: świąd sromu (pruritus vulvae), zanik sromu (craurosis vulvae), upławy, zapalenie pochwy w przekwitaniu i po niem (colpitis clima- et post climacterica) wypadnięcie macicy i pochwy (prolapsus), rak gruczołu piersiowego, uderzenia, poty, zawroty głowy, szum w uszach, miganie, bóle naczyniowe, sensacje w okolicy serca, zaburzenia przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego, nerwobóle, bezsenność, zaburzenia układu kostnego, bóle w stawach, w mięśniach, zaburzenia przemiany materji, organów krwiotwórczych, choroby skóry, zaburzenia psychiczne i t. d. Widzimy, że przekwitanie niczego nie oszczędza. Rzucono tu wszelkie zjawiska jakby do wspólnego kosza. Nie powinniśmy zapominać przytem o rozpoznaniu różniczkowem, do czego zre-

szłą wrócimy. Z wyżej wspomnianych objawów świąd sromu — pruritus vulvae — jest prawdziwą męczarnią dla kobiet. Może on być objawowy np. przy cukrzycy, przy zapaleniach sromu wywołanych upławami, hypersekrecją gruczołów potnych przy nadmiernem nagromadzeniu się tłuszczów i maceracji i może też być pierwotnym wywołanym zaburzeniami czynnościowemi jajnika. Nasilenie tego obrazu daje t. zw. leukoplakja, z której może rozwinąć się rak. Poza przyczyną hormonalną szukają niektórzy autorzy przyczyn świądu sromu w układzie nerwowym, uważając go za psycho-neurozę, i leczą psychoanalizą ze zmiennym wynikiem. Kobiety cierpią strasznie dzień i noc, przy ruchu, przy oddawaniu moczu — niekiedy popełniają samobójstwo. Craurosis vulvae cechuje zanik i skurczenie sromu. Staje się on pergaminowo - biały, wargi zanikłe są małemi fałdami skórnemi, brak owłosienia, introitus vaginae przedstawia podłużną szczelinę. Histologicznie jest tu atrophia rete Malpighi, brak brodawek, pigmentu, gruczołów łojowych i potnych, i zanik włókien elastycznych. W odróżnieniu od leukoplakji, gdzie są zmiany w naskórku, mamy tu więcej zmian w tkance łącznej i dlatego z leukoplakji prędzej może powstać rak, aniżeli z craurosis vulvae. Przyczyny craurosis należy szukać w długotrwałych zmianach zapalnych, pruritus objawowym, gonorrhoe, lues, no i w jajniku, jako gruczole o wewnętrznem wydzielaniu; świadczy o tem występowanie craurosis tylko w okresie przekwitania. Przy wyżej wymienionych zmianach sromu cierpi okolica cewki moczowej. Obfite upławy w tym okresie mają przyczynę w zmianach pochwy z powodu przekrwienia biernego, a później z powodu większych wydzielin, rzadkich, jasno żółtego koloru, wywołanych procesami wstecznemi. Pochwa jest mniej elastyczna, sklepienia zanikają, powstają ubytki błony śluzowej, maceracja i niekiedy zlepienie się ścian z następową myxolub pyo-metrą. Ścieńczała błona śluzowa uboga w glykogen służy jako dobra pożywka dla drobnoustrojów chorobotwórczych. Oznaczamy ten proces ogólną nazwą kolpodystrophia postclimacterica desquamativa.

Zaburzenia przewodu pokarmowego są wywołane przekrwieniem biernem, opuszczeniem trzewi — są to wzdęcia, zaparcie naprzemian z biegunką, zaburzenia smaku przypominające hyperemesis. Asthma bronchiale, neuralgje, i bezsenność należy odnieść czasem do neurastenji. Skóra ulega różnym przemianom jak pigmentacja, acne rosacea, erythema fugax, pemphigus, herpes pregenitalis, eczema, urticaria, miliaria, sclerodermia, cyanosis etc. etc. Większe zmiany są w stawach i tak rozróżniamy:

1) postać bólową — bolesność stawów przy ruchach bez objawów zapalnych z tkliwością pobliskich mięśni, powięzi i nerwów, 2) postać podostrą w drobnych stawach, czasem z lekkiem wzniesieniem ciepłoty, ze zgrubieniem torebek stawowych przypominającą dnę, nazwaną arthritis genuina sicca (leczniczo działa dobrze thyreoidea), 3) postać z płynem wodnistym — hydrarthros — często w kolanie, i 4) postać zniekształcającą, charakteryzującą się symetrycznem zajęciem stawów, ze zmianami przypominającemi arthritis deformans, ale o mniejszem nasileniu. Nazwano ją arthropathia ovaripriva. Podłoże jej: zaburzenia układu para i sympatycznego i gruczołowego. Kościec rzadko ulega zmianom wstecznym i demineralizacji, jako osteomalacia tarda. Wszystkie te zmiany są skutkiem wypadkowych wzajemnego stosunku gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i konstytucji. Każda kobieta ma przekwitanie odpowiadające jej konstytucji. „Rozumna i stale zajęta kobieta rzadko przechodzi ciężką, zwalającą ją z nóg neurozę przekwitania". *(Curshman)*.

Wszystkie kobiety możemy podzielić ze względu na zachowanie się tarczycy w przekwitaniu na 2 typy. Na typ hyperthyreoidyczny i na typ hypothyreoidyczny. Kardynalnym symptomem typu hyperthyreoidycznego jest powiększenie tarczycy — dalej przyspieszenie tętna, podwyższenie ciśnienia, przyśpieszenie przemiany materji, objaw Moebiusa. Należą tu kobiety typu interseksualnego. U typu hypothyreoidycznego przekwitanie przyjmuje formę hypothyreozy *(Gluziński)*, a więc równomierne rozmieszczenie tłuszczu, suchość skóry, achylja, zaparcie, wypadanie włosów, wypadanie zębów, zgrubienie języka, nadmierny rozwój żylaków na kończynach dolnych, apatja, osłabienie pamię-

ci. Obydwa typy dają szereg zaburzeń psychicznych od zwyczajnego podniecenia, apatji, osłabienia pamięci aż do zaburzeń manjakalno - melancholijnych, objawiających się głośnem lamentowaniem, skargami, ostrem podnieceniem. Melancholje trwają długo — do kilku lat i dają złe rokowanie; występują częściej u kobiet bezdzietnych. Inną formą zaburzeń psychicznych występujących u osób przeczulonych, predysponowanych z ukrytemi zaburzeniami psychicznemi, które przekwitanie wyzwala jest t. zw. paranoia wsteczna „paranoia involutionis“. Te kobiety cierpią na hallucynacje, opętane są manją zazdrości, prześladowania. Rokowanie niedobre.

Tak przedstawiają się pokrótce objawy przekwitania u kobiet. Skala rozpiętości jest wielka — między kobietą, prawie bez żadnych dolegliwości, wprost kwitnącą w tym okresie, a kobietą, która przechodzi go jako nieudręczone pasmo cierpień. Ich przyczyna: Powolny zanik działalności jajnika, jako gruczołu mieszanego z czynnym wpływem na wszystkie inne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu. Następuje zaburzenie korrelacji tego zamkniętego pierścienia wzajemnych wpływów. Potrzeba dłuższego okresu czasu, aż nastąpi powrotna równowaga z przewagą już innych gruczołów.

Zanim omówimy leczenie przekwitania zatrzymamy się nad zagadnieniem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Nauka o tych gruczołach wybiła się w ostatnich latach jako naczelne zagadnienie naukowo - praktyczne i może poszczycić się wielkiemi zdobyczami. Jajnik i jądro wydzielają, oprócz jaj i plemników, ciała o mało znanej nam strukturze chemicznej t. zw. hormony płciowe. Wpływają one na budowę ciała, owłosienie, ciśnienie krwi, wydzielanie gruczołów potnych, na mięśnie gładkie, rozszerzalność naczyń, przemianę materji w zakresie wody, azotu, cukru i wapnia, rozwój narządów rozrodczych etc. etc. Największy wpływ mają gruczoły płciowe u kobiet; większy niż u mężczyzn. Wielkie zainteresowanie wywołały prace szeregu uczonych tyczące wyosobnienia hormonu płciowego.

Głównem miejscem wytwarzania się tego hormonu u kobiet, jest ścianka dojrzewającego do pęknięcia pęcherzyka; mniejszy udział biorą w tem komórki śródmiąższowe. Ilość hormonu wzrasta lub zmniejsza się stosownie do cyklu miesiączkowania, największa ilość przypada na stadjum przedmiesiączkowe. Hormon ten jest związany z lipoidem. Udało się go uzyskać w formie czystej, rozpuszczalnej w wodzie. Ilość hormonu, która wywołuje u 20-gramowej kastrowanej myszy okres rui (oestrus) wzięto jako jednostkę mysią. Hormon jajnikowy pojawił się w handlu pod nazwami Folliculin, Monformin, Progynon, Glandofolin, Hormovar — w postaci tabletek i zastrzyków. Próby kliniczne wypadły dobrze przy różnego rodzaju czynnościowem powstrzymaniu miesiączkowania, przekwitaniu wczesnem i zwyczajnem. Hormon ten znajduje się w jajniku, a w czasie ciąży w dużej ilości w corpus luteum, we krwi, w łożysku. Hormon ten stoi w ścisłym stosunku czynnym z innemi gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu a przedewszystkiem częścią przednią przysadki mózgowej (hypophysis cerebri pars anterior). Otóż wykazano, że wyciąg płatu przedniego przysadki ma rolę dyrygującą na hormon jajnikowy. Przez dostarczanie wyciągów tego płatu wywoływano ruję u zwierząt, ale tylko w tym wypadku, gdy aparat jajnikowy był czynny, nigdy zaś u zwierząt kastrowanych. Rolę płatu przedniego przysadki możnaby porównać z motorem dla czynności jajnika. Ten wyciąg przysadki zaliczono do hormonów, a jego roztwór wodny nazwano Prolan. *Sprawdzianem dla hormonu jajnikowego jest pochwa myszy kastrowanej. Sprawdzianem dla hormonu przysadkowego jest pochwa, a przedewszystkiem jajnik myszy niedojrzałej, niekastrowanej.* Naczelnym hormonem jest Prolan, wtórnym zaś hormon jajnikowy. Przysadka wywołuje dojrzewanie pęcherzyków, jajnik zaś poprzez przysadkę przygotowuje błonę śluzową macicy.

Aschheim i *Zondek* odkryli wielkie ilości hormonu przysadkowego w moczu ciężarnych, wzrastające wraz z trwaniem ciąży, począwszy od piątego dnia po zatrzymaniu perjodu. Zużyli ten fakt do ustalenia swojej reakcji na wczesną ciążę, metody bardzo czułej, o zaledwie 2% błędu. Po tej dygresji w stronę hormonów, wracamy do właściwego leczenia przekwitania, które można podzielić na przyczyno-

we, objawowe i mieszane. Idealnem leczeniem byłoby wszczepianie gruczołów płciowych in toto, ponieważ jednak natrafia to na szereg trudności zadowolono się dostarczaniem ich wyciągów. Muszą one spełniać odpowiednie warunki. Muszą pochodzić z gruczołów zwierząt zdrowych i silnych, na co może sobie pozwolić tylko fabryka rozporządzająca wielkiemi kapitałami, dalej muszą być przygotowane w ten sposób, by nie traciły na tem ich pierwiastki czynne. Po trzecie powinny być standaryzowane na co jest potrzebny wielki aparat chemiczno-laboratoryjny. Najlepiej odpowiadają tym warunkom preparaty wytwarzane drogą suszenia przy niskiej temperaturze, a zmniejszonem ciśnieniu (np. Lumiére). Prócz wyciągów samych gruczołów podaje się kombinację tychże, naśladując warunki biologiczne. W tych kombinacjach powtarzają się: Jajnik, tarczyca, nadnercze, grasica, przysadka. Wyciągi czyste i kombinowane należy podawać przez dłuższy czas drogą podskórną i doustną równocześnie. Po dłuższej kuracji stwierdzamy znikanie objawów przekwitania. Szereg autorów klinicznych, stwierdza dobre wyniki przy dostarczaniu hormonów płciowych przy objawach wazomotorycznych, bólach głowy, schorzeniach kości i stawów. *A. A. Zamkoff* — wyjaławiał mocz kobiet ciężarnych i podawał go parenteralnie, mając dobre wyniki przy zaburzeniach psychicznych przekwitania. Dawka dzienna wynosi od 250—500 jednostek mysich, na jedną kurację 5000 — 10.000 jednostek. Po dłuższej przerwie można kurację powtórzyć. Piszący miał dobre wyniki z tego postępowania przy nieznośnych bólach mięśniowych, uderzeniach krwi i bezsenności. Leczenie hormonami płciowemi powinno stać się własnością praktyki ogólnej. Do tego leczenia przyczynowego należy również zaliczyć naświetlanie promieniami Roentgena. Naświetla się przysadkę mózgową, albo gruczoł tarczykowy, często obydwa gruczoły, zależnie od obrazu klinicznego. Niekiedy naświetlanie jednego gruczołu bywa bezskuteczne, dopiero naświetlenie drugiego uczula pierwszy. Poprawa następuje po 8 dniach. Wystarczają 3 naświetlania o sile $^1/_{10}$ do $^1/_{20}$ dawki rumieniowej. Nie zawsze wyniki są dobre — w tych wypadkach działa lepiej diatermia okolicy przysadki. Przy uporczywej hypertonji naświetla się okolicę nadnercza, przy uporczywych krwotokach śledzionę, ewentualnie macicę i jajnik, jak przy mięśniakach. Używa się też promieni Roentgena przy objawach miejscowych, jak lumbago, ischias, pruritus, zmiany w stawach. Poprawa trwa parę miesięcy, poczem ewentualnie można naświetlanie powtórzyć. Leczenie objawowe polega na podawaniu leków, swoiście przeciwdziałających najważniejszym objawom przekwitania. Do tego służy naprz. nader szczęśliwa kombinacja Halbana (Klimasan — theobrominum calciolacticum, nitroglicerinum) podawana w pastylkach 3 — 4 razy dziennie daje szybko i pewnie znikanie powyższych objawów. Umyślnie zatrzymałem się na tym preparacie, gdyż ta kombinacja stała się podstawą wszystkich innych preparatów mieszanych, np. „Prokliman" Ciba, zawiera środki przeciw kongestjom, zaparciu, krwawieniom i niepokojowi (Sistomensin, nitrogliceryna, coff, natr. benz, peristaltina, pyrazolon). Znikają wzdęcia, zaparcie, a mały dodatek z grupy pyrazolonowej usuwa niepokój i bezsenność. Podobnych preparatów kombinowanych jest dużo, np. dobry przy formie hypothyreoidycznej „Klimakton" Knolla, zawierający ovarium, thyreoidea, bromural, calciumdiuretin. Przy formie hyperthyreoidycznej, dobrze działają kuracje tuczące z dodatkiem As. i Chin. bromat. w małych ilościach. Sensacje sercowe bez zmian organicznych wymagają sedativa z grupy walerjany. Niekiedy wskazanem jest podawanie drastyków i upusty krwi. Zmiany w kościach i stawach reagują dobrze na ciepło, diathermię i zastrzyki adrenaliny. *Dalsaune* i *Guillaumine* odnoszą bóle reumatyczne do obniżenia Ca i P. we krwi i podają duże ilości tranu, adrenaliny i zalecają naświetlania lampą kwarcowa. Z innych środków należy wspomnieć o djecie jarzynowej, o goryczkach, kwasie solnym przy hypaciditas, węglu przy wzdęciach, trzustce przy upośledzeniu trawienia, o kąpielach siarkowych, tleno-węglowych i t. p. i t. p. Pacjentki z okresu przekwitania wymagają od lekarza dużo cierpliwości, wyrozumiałości. Unikać należy polypragmazji leczniczej, by nie popaść w przesadę. Kobiety powinny starać się o zajęcie, długie spacery, unikanie podnieceń. Otoczenie wraz z

lekarzem może wytworzyć odpowiednią atmosferę, spokojną, działającą na kobietę. Psychoterapia umiejętnie przeprowadzona, święci często triumfy. Ciężkie schorzenia psychiczne wymagają leczenia zakładowego.

Przy omawianiu przekwitania fizjologicznego, nasuwa się problem przekwitania sztucznego, wywołanego operacyjnie, lub naświetlaniem promieniami Roentgena. Trzebienie ludzi młodych przed dojrzewaniem, wytwarza typ międzypłciowy, rzucający się więcej w oczy u mężczyzn. Budowa kośćca rosnącego nadmiernie w kierunku podłużnym, pozostaje dziecinna. Osobnicy ci wysocy, o nieodpowiednio rozmieszczonym tłuszczu, zachowują się bezpłciowo, dziecinnie. Grasica pozostaje, przysadka rozrasta się, narządy rozrodcze pozostają na stopniu dziecinnym, brak napięcia mięśniowego. Inaczej przedstawia się osobnik dojrzały, po kastracji. Występują wtedy objawy, jako skutek wypadnięcia czynności gruczołów płciowych, podobne do objawów prawdziwego przekwitania. Zmiany wsteczne w narządach rozrodczych zaczynają się od wewnątrz, od macicy, która staje się małą, przechodzą następnie na pochwę i srom. Występuje niekiedy znaczne otłuszczenie i obniżenie przemiany materji. Inne objawy są identyczne z objawami przekwitania fizjologicznego, są tylko cięższe i dłużej trwające. Promienie Roentgena, działają w ten sposób, że wywołują zmiany wsteczne jajnika. Leczenie mięśniaków dało sposobność do korzystania z spostrzegania tego rodzaju kastracji. Najbardziej dokuczają po kastracji Roent. objawy naczynio-ruchowe. Z innych zaburzeń tu podkreślić należy znaczne osłabienie pamięci, depresję i ciężkie zaburzenia psychiczne. Przekwitanie wywołane promieniami Rö. jest cięższe od operacyjnego i zależne bardzo od podłoża psycho-neurotycznego.

Valletau de Mouillac pierwszy zwrócił uwagę na zmiany przekwitania u mężczyzn. Dokładniej omówił to *Kurt Mandel* na podstawie własnych 30 wypadków. Zmiany te, wedle autora ,przedstawiają się następująco: przypadają one między 47—54 r. życia. Osoby dotychczas zdrowe, zwłaszcza pod względem nerwowym, zaczynają odczuwać wewnętrzny niepokój i uczucie strachu. Są bez humoru, osłabieni i skłonni do płaczu. Ta skłonność do płaczu (ckliwość), uderza bardzo, zwłaszcza u ludzi dotychczas zdrowych, zrównoważonych, którzy brali życie bardzo lekko. Pacjenci wymienionego autora opowiadali, że nie mogli czytać gazet, bo każdy tragiczny wypadek wzruszał ich do łez, nie mogli opowiadać, ani słuchać rzeczy smutnych, nawet i zanadto wesołych — zwyczajna bójka urwisów ulicznych, wywoływała u nich płacz. Użalali się też na uderzenie krwi, pocenie, bezsenność, niepokój, osłabienie pamięci dla zdarzeń niedawnych (typ Korsakowa) i dla nazw. Bali się o swoją zdolność do pracy, wiecznie narzekali, chwytali się jak deski ratunku każdego pocieszyciela, zwłaszcza lekarza. Moc płciowa zmniejszała się stopniowo, zanikała zupełnie, rzadko zaś wracała po przebyciu tego okresu. Podkreśla autor brak jakichkolwiek innych zmian chorobowych, mogących to zjawisko wytłumaczyć. Okres tego przekwitania męskiego trwa od 10-ciu miesięcy do 3-ch lat. Rokowanie dobre. Te objawy rzadko występują, a momentem usposabiającym jest nadużywanie alkoholu, nikotyny i ciężkie choroby. Chociaż przyczyna tkwi w gruczołach płciowych, to jednak leczenie hormonami nie daje tak dobrych wyników, jak djeta i fizykoterapia. Publikacja powyższa wywołała dyskusję i bogatą literaturę. Przeciwnicy zaprzeczają energicznie istnieniu specjalnego przekwitania męskiego, a objawy wymienione odnoszą do lekkich form melancholji, powtarzających się niekiedy perjodycznie u mężczyzn w tym wieku, pod wpływem zmian w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu. Powyższe zmiany, jakoteż zmiany z powodu chorób, nadużywania alkoholu, większego zużycia się i t. d. obniżają siłę życiową mężczyzn w tym wieku, tak dalece, że ich śmiertelność przewyższa znacznie śmiertelność kobiet. W tym też wieku następują zaburzenia płciowe u mężczyzn, objawiające się pociągiem do małych dziewczynek, aktami perwersyjnemi, sadyzmem, fetyszyzmem, kazirodztwem, homoseksualizmem. Do przeciwników przyłącza się *Wenkebach*, podkreślając fakt należenia tych osób z „przekwitania". do sfer wyższych, do ludzi, „od których życie dużo wymagało, i którzy nawzajem dużo od życia żądali". *Heche* uważa powyższe objawy, jako sku-

tek melancholji, podniecenia lub rozstroju nerwowego. 1/3 skazanych mężczyzn z powodu kazirodztwa jest w wieku 40—50, a szczyt przypada na 47 rok życia. Do tych przestępstw przyłączają się inne przestępstwa rodzinne, z powodu nieporozumień, często tragicznych, gdy małżonków dzieli różnica wieku i gdy jedno z nich przeżywa okres ten, niezrozumiany przez drugiego.

Reasumując powyższe uwagi, dochodzimy do następujących wniosków: Przejście z epoki siły, zdrowia, w epokę starości, jest u mężczyzn łagodne, niespostrzegalne. Obserwujący siebie, przyjmuje to do wiadomości, zależnie od temperamentu, już to z humorem, już to z pogodna rezygnacją. Specjalnie dysponowany ulega zaburzeniom psychicznym o różnem nasileniu. W znikomej ilości zdarzają się wypadki podobne do przekwitania kobiecego. Powstaje pytanie, czy należy je uważać za analogon przekwitania kobiecego. Powstaje pytanie czy należy stworzyć, nowe pojęcie „przekwitanie męskie?". Stwierdzamy, że ta epoka nie ma jak u kobiet, charakteru przełomowego, nie jest stopniem lub szczeblem (Klimax), ale jest równią pochyłą. Nie stają sie mężczyźni kobiecymi, jak niekiedy kobiety męskiemi. Nie tracą mężczyźni głosu, zachowują go przeciwnie i do 70 roku życia. Kobieta odczuwa, że dzieje się z nią coś przełomowego, że w grę wchodzi jej życie płciowe, w które jest całkowicie zaprzątnięta, tak dalece, że nieraz po przełomie dopiero, zaczyna wieść życie indywidualne. Mężczyzna rozwija swą indywidualność w różnych kierunkach, już od wczesnej młodości. U kobiet zdarzają się prawdziwe zaburzenia umysłu, u mężczyzn zaś hypochondrja i melancholja. Małe jest prawdopodobieństwo, by sfera seksualna zaciężyła głęboko w życiu przeciętnie zdrowego, fizycznie i intelektualnie mężczyzny. Błąd popełniają ci, którzy tłumaczą depresję lub melancholję osłabionem zainteresowaniem erotycznem i niemocą płciową mężczyzny. Wprost przeciwnie, depresja czasowa, melancholja osłabiają życie erotyczne. Wiemy jak powiększa się krąg zainteresowania erotycznego, zwiększa moc płciowa w późniejszym wieku przy sprzyjających warunkach życiowych. Nie da się również zaprzeczyć, że napięcie erotyczne wpływa na aparat ruchowy i na fantazję. Wiedzieli i wiedzą o tem starzy dworacy, którzy osłabiali zainteresowanie władców dla poważnych spraw państwowych i wiedzą o tem sportowcy, abstynujący się przed zawodami.

Widzimy więc, że więcej jest punktów rozbieżnych, aniżeli -stycznych, przy porównywaniu przekwitania kobiecego i „męskiego". Nie możemy kategorycznie twierdzić, że istnieje przekwitanie męskie. Rzadkie przypadki opisywane przez autorów, tyczące osób ze sfer wyższych, należy odnieść do zaburzeń psychicznych, melancholji i t. p., a, jeśli niektórzy domagają się tego koniecznie, pozostaną one „rzadkiemi przypadkami przekwitania męskiego". Leczenie tych stanów jest ściśle objawowe. Terapia hormonami pozostaje bez skutku—a na pytanie czy tu skutkuje operacja Steinacha lub inna metoda odmłodzenia odpowiemy aforyzmem, że „człowiek chętnie w to wierzy, czego się spodziewa".

PIŚMIENNICTWO.

1. *Popoff* — Frauenherz und Klimax — Therapie d. Gegen. 1907.
2. *Valletau de Meuillac* — Contribution ą l'étude de l'age critique — these de Bordeaux, 1908.
3. *Dalche* — Tetanie de la menopause amelioré par l'opotherapie ovarienne. Presse med. 1909.
4. *Gluziński* — „Uwagi nad klinicznym obrazem klimakterjum w związku z zaburzeniami gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu — Gaz. Lek. 909.
5. *Mendel Kurt*—„Die Wechseljahre des Mannes Climacterium virile) Neur. Centrlb. 1910.
6. *Tuffier T.* et *Mante A.* — Les accidents de la menopause arteficielle Press. med. 1912.
7. *Wenckebach* — „Über den Mann von 50 Jahren 1915.
8. *Marcuse* — Zur Kenntnis des Climacterium virile — Neur. Zentrbl. 1916.
9. *Sellheim* — „Hygiene u Diäthetik der Frau, 1926.
10. *Vaerting* — Wechseljahre und Altern beim Mann u. Weib. Neur. Zentrbl. 1918.
11. *Döderlein A.* — Operative Gynekologie, 1921.
12. *Kretschmer* — Körperbau und Charakter, 1921.
13. *Mendel Kurt* — Die Wechseljahre des Mannes — Zentrblt. f. d .gesamte Neurologie, 1922.
14. *Halban* — Zur Therapie der Klimakterischen Kongestionen Med. kl. 1922.
15. *Halban* — Zur Klinik des Klimakteriums, „Münch. med. Woch.", 1923.
16. *Savariaud* — Choix d'une operation en cas de prolapsus complet ou presque complet des femmes aprechant de la menopause ou deja menopausees — Press. med. 1923.
17. *Berak* — Die Behandlung Klimakterischer Ausfallerscheinungen durch Röntgenbestrahlung — Münch. med. Woch. 1924.

18. *Giroux R.* et *J. Vaccel* — L'hypertension de la menopause — Bull. med. 924.
19. *Menge* — Über Arthropathia ovaripriva — Zentrbl. f. Gynäk. 1924.
20. *Aschner* — Über schädliche Spätfolgen nach Uterusextirpation sowie. Operativer u. radiotherapeutischer Kastration — Arch. f. Gynek. 1925.
21. *V. Graff* — Schilddrüse u. Genitale — Arch. f. Gynäk. Bd. 102.
22. *Szenez A.* — Die Diathermiebehandlung der Hypophysengegend bei ovariellen Ausfallerscheinungen — Wien. Klin. Wochschrf. 1925.
23. *V. Jagić* — Herzkrankheiten bei Frauen — 1926.
24. *Curschmann H.* — Über Klimakterische Beschwerden — Med. kl. 1927.
25. *Zondek B.* — Das Hormon des Ovariums und des Hypophysenvorderlappens M. kl. 1927.
26. *Hoche A.* — Die Wechseljahre des Mannes, 1928.
27. *Zachelr Hans* — Die Wechseljahre der Frau. 1928.
28. *Sigert F.* — Das Hormon der Weiblichen Keimdrüse — Med. kl. 1928.
29. *Nowak J.* — Die Beziehungen zwischen Hypophyse u. Genitale Med. kl. 1929.
30. *Ewald* — Psychische Störungen des Weibes. *Mathes P.* — Die Konstitutionstypen des Weibes. *Stratz* — *Rassenlehre* — Biologie u. Pathologie d. Weibes, Halban — Seitz.
31. *Bauer W. A.* — Der derzeitige Stand der Hypophysenvorderlappensforschung — Med. kl. 1929.
32. *Solomon I.* — Röntgenbehandlung Klimakterischer Störungen. Med. Welt. 1929.
33. *A. A. Zamkoff* — De l'emploi de l'urine de femme enceinte dans le traitement de certains troubles gynecologiques Gynecol. et Obstetr. 1930.

HÉMOPLASE
Lumière

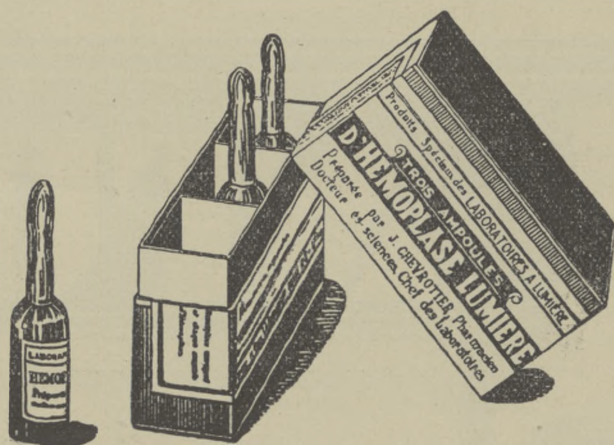
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, związki fosforowe, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego do tworzenia ciałek czerwonych.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES à 10 cc. á 5 cc.; Niezawodny nawet
(Domięśniowo) w przypadkach **najuporczywszych.**

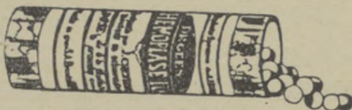
DAWKOWANIE: **Dorośli:** 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc. tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat— 2 razy tygodniowo po 2 cc.; od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.



HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)



DAWKOWANIE:

Dzieci od 2—6 lat: 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3—4 łyż. dziennie podczas jedzenia.

Skład główny L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-42

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

W sprawie powstawania encephalitów powakcynalnych

DR. W. GŁOWACKA.

Referat zbiorowy.

W 1798 roku *Jenner* opublikował swoją znakomitą rozprawę o uodpornianiu ludzi przeciwko ospie naturalnej. Od tego czasu sprawa szczepienia ospy staje na właściwe tory. Dużo osób szczepi się dobrowolnie, jak w Anglji, tak i na kontynencie. Już w 1802 roku w Belgji powstaje pierwszy państwowy zakład szczepienia ospy. W 1843 roku w Niemczech wprowadza się przymusowe szczepienie w wojsku; ten przymus rozpowszechnia się w 1874 roku na całą ludność cywilną.

W drugiej połowie 19 wieku z różnych względów zaczynają używać krowianki zamiast limfy humanizowanej. Ochronne szczepienie ospy uważano za nieszkodliwe dla ustroju człowieka (pomijając rzadkie przypadki wakcyny generalizowanej) i stosowano je, zwłaszcza w Europie coraz szerzej. Szczepią się miljony ludzi w ten sposób, bez jakichkodwiek powikłań ze strony centralnego układu nerwowego.

W ostatniem dziesięcioleciu świat lekarski został zaalarmowany przez masowe wystąpienie zapalenia mózgu po szczepieniu ospy (encephalitis postvaccinalis).

Do 23 roku opisano kilka przypadków encephalitu po szczepieniu ospy: w 1885 przypadek *Jendrassik'a* i *Pièrre Marie Comby* w 1907 — 2 przypadki. Poza tem było opublikowane jeszcze kilka przypadków. W 1925 r. *Lucksh* opublikował 3 przypadki encephalitu, które miały miejsce w 1923 r. w Czechosłowacji, wkrótce otrzymano wiadomości o podobnych zachorowaniach i w innych krajach Europy.

Najwięcej przypadków obserwowano w Anglji (niema przymusu szczepienia ospy): w latach 1928 i 1929 zanotowano 90 niewątpliwych przypadków encephalitu, z nich 54 przypadków u dzieci: od 5 do 15 lat. Na 90 chorych zmarło 42 osoby.

W Holandji, gdzie, jak wiadomo, dzieci są szczepione pierwszy raz dopiero przed wstąpieniem do szkoły, t. j. w wieku mniej-więcej 6-ciu lat, Dr. *Jitta* podaje, że niewątpliwych przypadków encephalitu od 1923 do początku 1929 r. było 146; chorowała jedna osoba na 5.000 szczepionych, z chorych zmarła 3-cia część.

Wszystkie te zachorowania występowały po upływie 8 — 14 dni po szczepieniu ospy. Zwrócono uwagę, że vaccina generalisata występuje również w tym okresie, co szczególnie podkreślają *Levaditi* i *Nicolau*, a naturalna ospa ma także mniej więcej ten sam okres wylęgowy.

Trzeba powiedzieć, że obecnie prawie wszyscy badacze zgadzają się, że zarazek ospy naturalnej i wakcyny jest jeden, a nie dwa różne.

Encephalit powakcynalny zaczyna się odrazu objawami ze strony centralnego układu nerwowego, bez zwiastunów kataralnych, jakie obserwujemy w encephalicie epidemicznym. W razie wyzdrowienia encephalit powakcynalny przeważnie nie pozostawia po sobie śladów chorobowych, czem różni się od encephalitu epidemicznego i poliomyelitu.

Z liczby 90 chorych, 47 osób odzyskało pełne zdrowie i tylko 1 osoba po 6 miesiącach od początku choroby miała jeszcze różne pozostałości chorobowe.

Częściej chorują osoby szczepione pierwszy raz, ale obserwowano także zachorowania i po rewakcynacji, zwłaszcza u osób w wieku starszym.

W 1929 r. w Holandji, podczas epidemji ospy szczepiono pierwszy raz przeszło 77.000, z których zachorowało 52 osoby, z chorych zmarło 14 osób, t. j. 26,9%. W tymże czasie dokonano przeszło miljon rewakcynacji, zachorowało 31 osób, ilu z nich zmarło niewiadomo.

Podkreślić należy, że na 16.000 dzieci poniżej 12 miesięcy nie obserwowano ani jednego przypadku encephalitu.

Z objawów klinicznych i zmian anatomo - patologicznych, te ostatnie są wogóle mało charakterystyczne. Encephalit powakcynalny jest podobny do encephalitów, występujących po innych chorobach przeważnie wysypkowych, jak odra. wietrzna

ospa, ospa naturalna, a także świnka i t. d. i zbliżony jest do zespołu objawów, znanego pod nazwą sclerosis disseminata.

Co do przyczyny powstawania encephalitu, to zdania są podzielone.

Niektórzy, jak *Lucksh, Mac Intosh, Stiner, Netter* i inni przypuszczają, że zarazek wakcyny sam przez się może wywołać zmiany chorobowe w centralnym układzie nerwowym. Inni znowu, jak *Levaditi, Bastiaanse, Kraus* sądzą, że wakcynacja jest momentem wyzwalającym wystąpienie objawów nerwowych, spowodowanych przez jakiś zarazek, który dotychczas znajdował się w ustroju w utajonym stanie. (Próby zmobilizowania zarazka herpesu przez następne szczepienie wakcyny na rogówkach królików wypadły ujemnie).

Ponieważ przy wakcynacji cały ustrój reaguje na wprowadzenie zarazka: podwyższenie ciepłoty, ogólne niedomaganie i t. d., można było przypuszczać, á priori, że zarazek wakcyny, rozpowszechnia się w ustroju osób szczepionych.

Powstała bardzo liczna literatura, dokonano dużo prac, przeważnie na królikach, celem stwierdzenia, że zarazek wakcyny istotnie rozpowszechnia się w całym ustroju zwierzęcym po szczepieniu ospy.

Za tem przemawiają zmiany histopatologiczne w narządach wewnętrznych. Wykazać obecność zarazka w tych narządach jest nie tak łatwo. Wielu badaczy otrzymywało wyniki ujemne; jednakże niektórym z nich udało się wykryć zarazek. *Calmette* i *Guérin* wykazali obecność zarazka wakcyny w mózgu królika po szczepieniu na skórze. *Bigli, Frenkel, Paschen, Gins, Gildemeister* wykazali obecność zarazka w narządach wewnętrznych przy wprowadzeniu go doskórnie królikowi. Udaje się to przeważnie przy stosowaniu b. zjadliwej wakcyny (najczęściej po neurowakcynie Gallardo) i przy stosowaniu jej na dużej przestrzeni, t. j. po wprowadzeniu b. dużych ilości.

W narządach wewnętrznych powstają swoiste ogniska, w których udało się wykryć zarazek wakcyny. Zarazek we krwi według badań *Ohtawara, Gildemeistra* można było wykryć już w ½ — 2 godziny po szczepieniu skórnem. Zarazek krąży we krwi do 9 — 10 dni. *Gildemeister* wykrył zarazek i w płynie mózgowo-rdzeniowym królika, ale w okresie późniejszym niż we krwi.

Udało się też wykryć zarazek w narządach pochodzenia nie tylko ektodermalnego, ale i w narządach pochodzących z innych listków zarodkowych.

W ostatnich pracach *Eckstein* podaje wyniki swoich doświadczeń na małpach. Wprowadzał on małpom limfę odpowiednio rozcieńczoną wprost do kanału rdzeniowego przez ukłucie podtylicowe. Udało się mu wywołać w ten sposób objawy nerwowe, które na podstawie obrazu klinicznego i anatomopatologicznego można określić jako rozsiany meningo-myelo-encephalitis.

Przy wprowadzeniu limfy humanizowanej i jednej ze zwykłych dermolimf, prawie zupełnie pozbawionych wtórnych bakterji, udało mu się otrzymać obraz encephalitis disseminata.

Wprowadzenie większej ilości limfy do carotis nie dało żadnego wyniku, zarazek nie mógł przedostać się przez zaporę do płynu m. rdzeniowego.

Na podstawie swoich doświadczeń, *Eckstein* przypuszcza, że zmiany w tkance mózgowej wywołane są nie przez wtórne bakterje (robił odpowiednie doświadczenia z bakterjami wyhodowanemi z limfy), a przez sam zarazek wakcyny. Obecność zarazka wakcyny w płynie mózgo-rdzeniowym u zwierząt ma znaczenie w powstawaniu encephalitów.

Do wykrycia zarazka wakcyny używają różnych sposobów; szczepią badany materjał na skaryfikowaną rogówkę królików, świnek (*Gins* ostatnio wykrył zarazek vacciny w narządach wewnętrznych królika i świnki, przenosząc badany materjał wprost na rogówkę świnki morskiej). Stwierdzono jednakże, że szczepienie do jądra, metoda *Ohtawara*, daje najlepsze wyniki.

Powstaje pytanie, czy zarazek wakcyny zachowuje się w ten sam sposób i w ustroju człowieka. Dotychczas mamy co do tego skąpe wiadomości.

Są wzmianki w literaturze, że *Rejter* w 1872 r. wykrył zarazek wakcyny we krwi, a *Pfeiffer* w 1899 r. wykazał jego obecność we krwi od 7 do 18 dnia po szczepieniu ospy.

Ohtawara w 1922 r. wykrył zarazek we krwi za pomocą swej metody na 7 dzień po szczepieniu ospy.

Badanie materjału sekcyjnego daje rzadko wyniki dodatnie. *Mc. Intosh* w 1925 r. wykrył zarazek w mózgu 2-ch osób zmarłych na encephalit; *Blaxall* w 27 r. także w 2-ch przypadkach, *Andershoff* w jednym przypadku i *Gins* jeden raz wykrył zarazek w szpiku kostnym dziecka, zmarłego na encephalit. *Levaditi* przestrzega, że wykrycie zarazka wakcyny w mózgu zmarłych na encephalit nie przemawia jeszcze za jego udziałem w wywoływaniu objawów encephalitu, ponieważ zarazek wakcyny może rozpowszechniać się w ustroju w przypadkach o przebiegu powolnym. Badania *Lucksha, Leinera, Krausa, Takaki, Bijla* wypadły ujemnie. *Netter* zwraca uwagę, że przeważnie wyniki ujemne mamy i przy badaniu materjału sekcyjnego przy encephalicie epidemicznym i poliomyelicie; przypuszcza on, że przy wszystkich tych zachorowaniach mamy do czynienia z autosterylizacją centralnego układu nerwowego w myśl poglądów *Levaditi'ego*. Na razie trudno powiedzieć, czy przypuszczenie to jest słuszne.

Fracossi i *Recolde* obserwowali u dziecka z encephalitem swoiste wykwity na udach, można byłoby przypuszczać, że przy generalizacji zarazek z jednej strony wywołał objawy zapalne w tkance nerwowej, a z drugiej swoiste zmiany skórne. Wogóle przy encephalicie powakacynalnym nie obserwowano jednoczesnego wystąpienia wakcyny generalizowanej (wykwitów na skórze).

W 1928 roku *Gins, Hackenthal i Kamienzewa*, wychodząc z założenia, że zarazek wakcyny ma powinowactwo do śluzówek jamy nosogardzielowej — anginy, pharyngity w okresie powakcynalnym *(Orgler, Hackenthal)*; objawy kataralne przy ospie naturalnej, zdecydowali zbadać śluzówkę nosogardzieli u dzieci po wakcynacji na obecność zarazka wakcyny. Brali oni cząstki śluzu z migdałków od 3 do 7 dni i przenosili na odpowiednio skaryfikowaną rogówkę świnek morskich. W ten sposób zbadano 6 dzieci; u wszystkich udało się wykryć obecność zarazka na 3 dzień po szczepieniu ospy; na 4 — 5 dzień badacze otrzymali tylko pojedyńcze dodatnie wyniki. Jak wiadomo na 4 dzień po szczepieniu ospy zaczyna się podnosić ciepłota, t. j. początek ogólnej reakcji. Obecność zarazka na migdałkach na 3 dzień uważają badacze za objaw generalizacji zarazka w ustroju. *Gins* radzi nawet, do doświadczeń nad ospą naturalną pobierać materjał nie tylko z krost, ale i ze śluzu gardzieli.

Herzbergom, prace których pojawiły się ostatniemi czasy, nie udało się stwierdzić obecności zarazka na migdałkach dzieci po szczepieniu ospy. Zbadali oni pięćdziesiąt jeden dzieci sposobem *Ginsa* (bezpośrednie szczepienie śluzu na rogówkę świnki). Próbek śluzu zbadano 96, materjał pobierali od 2 do 13 dnia kilkakrotnie u tego samego dziecka i tylko jeden raz na 13 dzień, u dziecka z anginą wykryli oni zarazek. Jak widać z pracy *Herzbergów* obserwację utrudniały im sprawy zapalne na rogówce, wywołane przez domieszkę bakterji; może i było to przyczyną ich niepowodzenia.

Gildemeister sprawdzał także wyniki badań *Ginsa;* zbadał on 28 próbek śluzu z migdałków z wynikiem ujemnym, ale przyznaje, że brał śluz z gardzieli, poczynając od 5 dnia.

Badania te powinny być oczywiście powtórzone.

Herzbergowie postanowili porównać zachowanie się zarazka w ustroju osób szczepionych pierwszy raz z normalnym przebiegiem poszczepiennym i u osób z powikłaniami po szczepieniu ospy.

Badali oni krew i płyn mózgo-rdzeniowy. Krew pobierali *Herzbergowie* z żyły na głowie dzieci w ilości 3 — 4 ctm^3 i mieszali z 4% rozczynem cytrynianu sodu. Każdą próbkę krwi w ilości 0,75 — 1,25 ctm^3 wprowadzali do obu jąder królika. Po 6 — 8 dniach jądra wyłuszczali, miażdżyli bardzo dokładnie, ażeby nie było większych cząstek i szczepili na skaryfikowaną rogówkę królika. Przez 3 dni badano oko za pomocą zakrapiania fluorydzyny (zielone zabarwienie w miejscu uszkodzenia nabłonka rogówki) ; po wykryciu swoistych zmian na rogówce, wyłuszczali oko i badali za pomocą reakcji Paula. Badano jednocześnie preparaty z rogówki na obecność ciałek Guarnieri.

W ten sposób zbadano 86 dzieci z normalnym przebiegiem poszczepiennym; dzieci te były szczepione zwykłą dermolimfą różnego pochodzenia i różnej zjadliwości, a także limfą humanizowaną. Na 188 próbek krwi, okazało się 47 dodatnich. Zarazek wakcyny udało się wykryć we krwi niektórych dzieci od 3 do 10 dni włącznie; naj-

częściej pomiędzy 5 a 7 dniem, optimum na 6 dzień — 75% dodatnich wyników. Po 10 dniach badacze nigdy nie znajdowali zarazka u tej kategorji dzieci. Na 3 — 4, a także na 9 — 10 dzień udawało się wykryć bardzo rzadko zarazek.

Co do ilości zarazka we krwi, to fakt, że przy szczepieniu jednakowej ilości krwi z jednej próbki do obu jąder, często otrzymywano orchitis vaccinalis tylko w jednem jądrze, przemawia za tem, że zarazek wakcyny znajduje się we krwi w b. małej koncentracji, prawie że na granicy wykrywalności. Szczepienie do jądra 0,1 cm pełnej krwi nie zawsze dawało objawy zapalne; trzeba było zwiększać tę ilość do 1 cm pełnej krwi.

We krwi osób szczepionych powtórnie zarazka wakcyny nie udało się dotychczas wykryć *(Eckstein, Herzberg). Eckstein* przypuszcza, że zarazek wakcyny krąży we krwi, ale ze względu na skrócony przebieg procesu — wykrycie jego jest bardziej utrudnione.

W ten sam sposób zbadano płyn mózgo-rdzeniowy tejże kategorji dzieci. Wzięto 56 próbek płynu od 4 do 14 dnia. Ani razu u dzieci z normalnym okresem poszczepiennym nie wykryto zarazka wakcyny. U 13 dzieci przy jednoczesnem badaniu krwi i płynu mózgo-rdzeniowego zarazek wykryto tylko we krwi. Widzimy, że po wakcynacji normalnie zarazek nie przedostanie się przez zaporę ze krwi do płynu.

Doświadczenia *Gildemeistra* i *Paula Hilgersa* dają te same wyniki: wykryli oni zarazek we krwi u 6 z 15 badanych dzieci z normalnym okresem poszczepiennym na 3 do 9 dni; po 10 dniach ani razu nie udało im się go wykryć. W płynie mózgo-rdzeniowym tej kategorji dzieci ani razu nie wykryto zarazka wakcyny. Badali 16 płynów od 4 do 14 dnia po szczepieniu ospy.

Co się tyczy wyżej wspomnianych doświadczeń *Ginsa* to *Herzberg* twierdzi, że są one sprzeczne z wynikiem jego doświadczeń, a mianowicie zarazek wakcyny według *Ginsa* stale przedostaje się do jamy noso-gardzielowej na 3 dzień po szczepieniu ospy, chociaż w tym okresie bardzo rzadko znajduje się on we krwi, a jednak nigdy nie stwierdzono jego obecności na migdałkach na 6 dzień, t. j. wtedy, kiedy zarazek znajduje się we krwi najczęściej i w największej koncentracji.

Herzberg zaznacza przytem, że wakcyna, używana przez niego do doświadczeń, była 5 — 20 razy więcej zjadliwa niż wakcyna *Ginsa*.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że nasilenie zmian w narządach wewnętrznych odpowiada wzrastaniu zjadliwości wakcyny.

Dla porównania *Herzbergowie* badali krew i płyn mózgo-rdzeniowy dzieci z powikłaniami po szczepieniu ospy. Materjał brali od chorych z Düsseldorfskiej kliniki. Niżej tabelka *Herzbergów* z wynikiem tych badań.

Wiek dziecka	Rozpoznanie	płyn m. rdz.	krew	jama nos.gard.	dzień po szczep.	
1¼ l.	nerwowe objawy	+	+[1])	—	6	
1¾ l.	nerwowe objawy silna angina	+	—	+	12	
2 l.	encephalit	—	+	—	17	exitus letal.
1½ r.	encephalit	—	—	—	16	
1½ r.	nerwowe objawy lues cerebri	—	+	—	29	exitus letal.
1 r.	ciężka angina		+	+	15	

Z tej tabeli widzimy, że u dzieci z powikłanym okresem poszczepiennym zarazek wykryto 2 razy w płynie mózgo-rdzeniowym; 3 razy we krwi później niż na 10 dzień i 2 razy na migdałkach na 12 i 15 dzień po szczepieniu ospy. *Huber* także stwierdził obecność zarazka wakcyny na 7 dzień w płynie mózgo-rdzeniowym u dziecka z podejrzeniem na encephalit.

Na podstawie wyników tych badań *Herzberg* przypuszcza, że zarazek wakcyny, który znajduje się we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym poza ustaloną przez niego i *Gildemeistrem* normą, powinien brać udział w powikłaniach poszczepiennych. Potwierdzenie swoich poglądów *Herzberg* widzi w skuteczności stosowania swoistej surowicy przy objawach chorobowych ze strony centralnego układu nerwowego.

[1]) Herzberg nie bierze pod uwagę obecności zarazka we krwi w tym przypadku, ponieważ jest to objaw normalny.

Thomas Horder wprowadził dziecku z encephalitem powakcynalnym do kanału mózgo-rdzeniowego 5 cnt. swoistej surowicy matki na 15 dzień po szczepieniu ospy. Na drugi dzień po zabiegu stan dziecka znacznie poprawił się; znikł stupor, chłopiec odzyskał przytomność i mowę.

Herman stosował u 11 dzieci z encephalitem surowicę rodziców szczepionych jednocześnie z dziećmi wakcyną z wynikiem dodatnim. Dawał jednorazowo po 10 cnt. dożylnie (najwyżej 5 razy) na 1 — 4 dzień po wystąpieniu objawów chorobowych,, 8 dzieci poprawiło się.

W końcu 1929 r. *Guineberg* w Niemczech zastosował w 2-ch przypadkach encephalitu powakcynalnego, surowicę swoistą w ilości 10 i 7 cc. dożylnie. Zabieg powtórzono 2 razy. Dzieci wypisały się ze szpitala zdrowe.

Po stosowaniu surowicy swoistej liczba zgonów po encephalicie zmniejszyła się dwukrotnie (ze sprawozdania *Nettera* w Académie de medecine).

Poza tem *Herzbergowie* badali własności limfy różnego pochodzenia.

W Holandji spostrzegano zachorowania po szczepieniu dermowakcyną z różnych zakładów i różnej zjadliwości.

Przy badaniu jednej z limf *Poudman* wykrył obecność bakterji z rodzaju pasteurella, podobną bakterję wykryto i w śluzie z gardła dziecka chorego na encephalit.

Doświadczenia *Poudmana* i *Rette* wykazały, że niektóre bakterje tego rodzaju u królika mogą nabierać nadzwyczajnej zjadliwości po szczepieniu ospy na skórze zwierzęcia i wywołać u niego objawy ze strony opon mózgowych.

Powstało przypuszczenie, że może niektóre bakterje limfy mogą nabierać dużej zjadliwości i wywoływać niepożądane objawy w ustroju człowieka. Zdecydowano zwrócić się do neurolapiny Gallardo (neurolapina, jak wiadomo, jest wolna od bakterji), ale okazało się, że neurolapina jest więcej zjadliwa, niż używane dermowakcyny: na 40.000 szczepionych neurolapiną 11 osób zachorowało na encephalit i u 5 wystąpiła wakcyna generalizowana. Zaznaczyć należy, że *Gallardo* szczepi dzieci swoją neurolapiną z dobrym wynikiem. W Hiszpanji nie notowano przypadków encephalitu po stosowaniu tej wakcyny według sprawozdania *Biezenena* w Office Internationale d'Higiène publique. (W Hiszpanji dzieci są szczepione w pierwszym roku życia).

W ostatnich 10 latach zauważono zwiększenie się zjadliwości dermowakcyny, niekiedy nawet bardzo znaczne.

Netter objaśnia to użyciem królika do otrzymania limfy. Przy dłuższych pasażach na jałówkach wakcyna degeneruje się, dla odnowienia przeszczepiają ją na dziecko. W 1901 r. *Calmette* i *Guérin* użyli królika zamiast dziecka. Ta zamiana przyjęta była w niektórych wytwórniach wakcyny.

Netter przypuszcza właśnie, że pasaże na królikach nadają limfie dużą zjadliwość i myśli, że szczepienie limfą humanizowaną zmniejszyłoby liczbę przypadków encephalitis.

Ażeby wyjaśnić, jakie znaczenie mają zwierzęta: jałówki i króliki, w nasileniu zjadliwości dermolimfy, *Herzbergowie* zwrócili się do limfy humanizowanej. Limfę tą otrzymali oni z dermolimf różnych zakładów i różnego miana.

Herzbergowie postawili sobie za zadanie: 1) określić wysokość miana limfy humanizowanej, 2) zbadać wpływ pasaży na ludziach na wysokość miana limfy, 3) wyjaśnić czy jest różnica w przebiegu klinicznym po szczepieniach limfą humanizowaną i zwykłą dermolimfą.

Siłę limfy określano poprzednio zawsze na dzieciach pierwszy raz szczepionych.

Z biegiem czasu, w niektórych zakładach użyto do badań na zjadliwość limfy króliki i świnki (pierwsi *Calmette* i *Guérin* sprawdzali siłę limfy na skórze królików).

Herzberg ostatnio wprowadził swój sposób określenia miana limfy na rogówce królika. W skaryfikowaną rogówkę królika wciera on odpowiednie rozcieńczenia limfy w ilości 0,05 cnt. na każdą rogówkę. Po 48 godzinach H. odczytuje wynik, używając fluorydzyny: na rogówce tworzą się oddzielne lub zlane swoiste wykwity. Za podstawę obliczenia *Herzberg* bierze rozcieńczenie, które dało 20 — 30 wykwitów na rogówce, wychodząc z założenia, że każdy wykwit odpowiada jednej cząstce zarazka (Keim.). Jednocześnie szczepi on limfę i na skórze królika. Wyniki na skórze są stale niższe, niż wyniki na rogówce królika.

Okazało się, że limfa humanizowana, którą *Herzbergowie* otrzymali, osiągnęła

przy pasażach na ludziach bardzo wysokie miano — do 1 : 1,5 mlg., do 1 : 2,5 mlg. i to niezależnie od jej pierwotnego miana. Miano te nie zmniejsza się i przy dalszych pasażach. Zjadliwość limfy humanizowanej pozostaje bez zmiany zarówno dla ludzi, jak i dla zwierząt. Po 27 — 30 pasażach limfa humanizowana dawała w rozcieńczeniu 1 : 100.000 u dzieci dobrze rozwinięte krosty, a u królików po 15 wykwitów na pewnej powierzchni skóry. Limfa 20-go pasażu dała na jałówkach w rozcieńczeniu 1 : 50 równie dobre wyniki z dermolimfą szczepioną do kontroli.

Można przypuszczać, że miano limfy humanizowanej poprzednio używanej było mniej więcej tak wysokie, jak i limfy otrzymanej przez *Herzbergów*. Wiemy jednak, że do drugiej połowy 19 wieku nie obserwowano prawie przypadków encephalitis (używano limfę humanizowaną); przypuszczają, że powikłania te zdarzały się, ale rzadko i w lekkiej formie tak że mogły przechodzić niespostrzeżenie.

Przy szczepieniu dermolimfą z niskiem mianem 1 : 2.000 zdarzały się przypadki encephalitów.

Widzimy, że wysokość miana nie ma dużego znaczenia w powstawaniu powikłań ze strony centralnego układu nerwowego.

Po szczepieniu dermolimfą z mianem 1 : 300.000 obserwowano daleko cięższy przebieg okresu poszczepiennego, niż przy stosowaniu limfy humanizowanej; miano której kilkakrotnie przewyższało miano dermolimfy.

Herzberg uważa, że *Netter* ma słuszność, przypuszczając, że powinna być jakościowa zmiana materjału szczepiennego. Dla umniejszenia zjadliwości wakcyny nie starczy zwykłe jej rozcieńczenie.

Herzbergowie szczepili 86 dzieci limfą humanizowaną. Przebieg poszczepienny pierwszych 7 — 8 pasaży nie różnił się od przebiegu po szczepieniu dermolimfą. Po 7 pasażach u jednego skrofulicznego dziecka wystąpiła wakcyna generalizowana.

Przy późniejszych pasażach zmiany w miejscu szczepienia nie różniły się od zmian po szczepieniu dermolimfy, tylko krosty przy limfie humanizowanej powstawały i znikały o 2 dni wcześniej. Okres poszczepienny przechodził jednak łagodniej po szczepieniu limfą humanizowaną, niż po dermolimfie.

Ostatnia limfa humanizowana była dopiero 45 pasażem, czy zachowa ona i nadal odpowiednią siłę, pokażą dalsze badania.

W drugiej połowie 19 wieku, jak wiadomo, zaniechano szczepienia dzieci limfą humanizowaną. Wszystkie zakłady ospowe zaczęły wytwarzać dermolimfę. Jedną z przyczyn tej zmiany było właśnie osłabienie limfy humanizowanej.

Reasumując to wszystko, można zgodzić się z poglądem, że zarazek wakcyny jest przyczyną powstawania powikłań nerwowych po szczepieniu ospy. Głównie przemawiają za tem dobre wyniki po stosowaniu surowicy swoistej. *Netter* proponuje w tych przypadkach używać surowicy jałówek. *Lednigham* i *Petrie* otrzymali surowicę na koniach.

Być może, że rzadsze występowanie powikłań nerwowych u osób powtórnie szczepionych i u dzieci poniżej 12 miesięcy można objaśnić u pierwszych nie zupełnie straconą odpornością, którą dany osobnik nabył po pierwszem szczepieniu, a u małych dzieci odpornością odziedziczoną po matce.

Dla uniknięcia występowania omawianych porażeń zalecają: 1) szczepienie dzieci w wieku od 2 do 12 miesięcy (u dzieci do 6 miesięcy nie zanotowano ani jednego przypadku encephalitu); 2) odpowiednie rozcieńczenie zjadliwej wakcyny, 3) wprowadzenie wakcyny w mniejszej ilości, zaniechania szczepień ospy podczas epidemji encephalitu epidemicznego i innych chorób tego rodzaju.

W ostatniem sprawozdaniu Depart. Służby zdrowia za lata 1923 — 1927 u nas podano, że w tym czasie nie spostrzegano encephalitów po szczepieniu ospy.

W piśmiennictwie naszem znajdujemy jednakże opisanie 2-ch przypadków encephalitów powakcynalnych, które zdarzyły się w 1926 r.

Dr. *Chodźko* w swojem sprawozdaniu w Office international d'Hygiene publique podaje, że u nas na przeszło 9 miljonów szczepionych, po raz pierwszy w ciągu ostatnich 5 lat, zanotowano 3 przypadki encephalitów powakcynalnych.

PIŚMIENNICTWO.

Calmette i *Guérin*. Annal. de l'Inst. Past. 1901.
Levaditi. Annal. de l'Inst. Past. 1923 r.
Lucksh. Centrbl. Bakt. Orig. B. 96. 1925 r.
* *Lucksh*. Centrbl. Bakt. orig. B. 103. 1927 r.
Levaditi et Nicolau. La presse médicale. 1927 r.
Levaditi et Nicolau. C. R. Soc. Biol. 1927 r.

Gildemeister u. *Heuer*. Centrb. Bakt. Orig. B. 105, B. 106.
Herzberg. Centrb. Bakt. Orig. B. 105.
** *Aldershoff, Poudmat, Pot.* Annal. Inst. Past. t. 43. 1929 r.
Levaditi. Annal. Inst. Post. t. 43. 1929 r.
Netter. Bul. de l'Acad. de méd. Nr. 26. 1929 r.
Netter. Bul. de l'Acad. de méd. Nr. 35. 1929 r.
Gins, Haekenthal, Kamentzewa. Centrb. Bakt. Orig. B. 110. 1929 r.
Gildemeister. Centrb. Bakt. Orig. B. 110. 1929.
Berger. Centrb. Bakt. Orig. B. 110. 1929.
Bijl, Frenkel. Centrb. Bakt. Orig. B. 112. 1929.
Hackenthal. Centrb. Bakt. Orig. B. 115. 1929.
Hackenthal u. *Koban*. Centrbl. Bakt. Orig. B. 115. 1929.
Herzberg. Centralb. Bakt. Orig. B. 115. 1929.
Horder. the Lancet, t. I. 1929.
** *Pette*. Münch. med. Wochen. 1928.
Gildemeister. Dt. med. Wochen. Nr. 33. 1930.
Gildemeister. Centrbl. Bakt. Orig. B. 117. 1930.
Hackenthal. Dt. med. Woch. Nr. 52. 1930.
Hedwig Herzberg-Kremmer und *Kurt Herzberg*. Centrbl. Bakt. Orig. B. 119. 1930.
Helmuth Freund. Centralb. Bakt. Orig. B. 119. 1930.
Eckstein, Herzberg. Dt. med. Woch. Nr. 52. 1930.
Eckstein, Herzberg. Dt. med. Woch. Nr. 7. 1930.
Gildemeister, Paul Hilgers. Centrbl. Bakt. Orig. B. 117. 1930.
Huber. Centrbl. Bakt. Or. Bd. 117. 1930.
Kirstein. Zeitsch. f. Gd. Hyg. Bd. 22. H. 6 1930.
Eckstein. Zeitsch. f. Hig. u. Inf. Bd. 112. H. I, Bd. III. H. 5.
The Lancet. 1931. Nr. I. Nr. II. vol. I.
Gins. Zeitsch. f. Hig. u. Infek. Bd. III. H. 4.
Hassko. Zeitsch. f. Hig. u. Inf. Bd. III. H. 4.
Gildemeister. Centrbl. Bakt. Orig. B. 120. 1931.
Grüneberg. Klin. Wochensch. 1930.
* *Bogdanowicz*. Pedjatrja Polska. 1926.
Puschen. Zbl. ges. Hyg. B. 22. 1930; Dt. med. Woch. 1930.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Djetetyka i krwiotwórczość. (Diététique et hématopoièse). G. Mouriquand i L. Weill. *Paris Médical, Nr. 18. r. 1931.*

Po krótkim wstępie historycznym, dotyczącym wpływu odżywiania na krwiotwórczość, autorowie przytaczają rozmaite badania, dokonane u ludzi zdrowych, którzy głodzili się przez dłuższy przeciąg czasu. Badania te wykazują, że w pierwszych dniach głodzenia stwierdza się zmniejszenie liczby ciałek czerwonych, mononukleozę i przedłużenie czasu krzepnienia. Po dwóch, trzech dniach zwiększa się liczba ciałek czerwonych, odsetek leukocytów wielojądrzastych a skraca czas krzepliwości. Analiza chemiczna wykazuje zmniejszenie się ilości żelaza we krwi; nieliczne sekcje zwłok wykazują zmiany w szpiku kostnym. Należy podkreślić występowanie rzekomej niedokrewności u ludzi, którzy po pewnym czasie głodzenia, zaczynają normalnie odżywiać się. W tych przypadkach ma zawsze miejsce rozwodnienie krwi, co daje pozór niedokrewności.

Niewątpliwie większe znaczenie posiadają wahania nie tyle w ilości, ile w jakości pożywienia.

Pożywienie organiczne.

Węglowodany, w doświadczeniach na zwierzętach, nie wykazały żadnego wpływu na krwiotwórczość, czemu nie można się dziwić, gdyż ten rodzaj pokarmów nie dostarcza żadnego budulca dla regeneracji krwi. Tłuszcze mają, według niektórych autorów, stwarzać niedokrewność, o ile pokarm składa się głównie z samych tłuszczów. Autorowie w swych badaniach wyniki te potwierdzają, dodając, że niedokrewność jest tym wyższego stopnia, im bardziej tłuszczowe jest pożywienie. Substancje białkowe pod postacią mięsa są niezbędnie konieczne dla regeneracji krwi a poszczególni autorowie wykazują, że poważną rolę grają tu rozmaite aminokwasy, zwłaszcza histydyna i tryptofan. Nie należy jednak zapominać, że nadmiar białka w pożywieniu może wpływać niekorzystnie na ustrój.

Składniki mineralne.

Brak wody wywołuje zagęszczenie krwi i zwiększenie liczby ciałek czerwonych w 1 mm^3. To zagęszczenie krwi może maskować niedokrewność. Jednym z głównych składników mineralnych pożywienia, niezbędnych dla krwiotwórczości, jest żelazo. Brak jego wywołuje niedokrewność typu chlorotycznego. Mimo, że fizjologowie powątpiewają w zdolność wchłaniania się żelaza z przewodu pokarmowego, to jednak doświadczenia kliniczne dowodzą skuteczności tego metalu, zwłaszcza podawanego w większych dawkach. W ostatnich czasach przypisuje się także pewną zdolność krwiotwórczą miedzi, choć nie wszyscy autorowie zdanie to podzielają.

Witaminy.

Witamina A, rozpuszczalna w tłuszczach, której brak wywołuje zaburzenia wzrostu i powstanie xeroftalmji, według wielu badań, ma wpływać dodatnio na krwiotwórczość. Witamina B, rozpuszczalna w wodzie, której brak wywołuje zespół beri-beri, nie wywiera wybitniejszego wpływu na krwiotwórczość, choć należy dodać, że badania prowadzone w tym kierunku nie są jeszcze ukończone. Witamina C, której brak wywołuje gnilec, znajduje się w tkankach żyjących, a wywiera niezaprzeczalny wpływ na krwiotwórczość. Dowodem tego jest niedokrewność, towarzysząca gnilcowi a występująca jeszcze przed objawami gnilca, a więc przed krwiotokami. Podanie soku cytryny w tym okresie przedgnilcowym pomnaża rychło liczbę krwinek. Witamina D, przeciwkrzywicza, nie wykazuje wyraźnego wpływu na krwiotwórczość, jakkolwiek często pojawiającą się niedokrwistość w przebiegu krzywicy usiłowano łączyć bezpośrednio z samą krzywicą. Wreszcie Simmonds, Becker i Mc. Collum mówią o witaminie E, jako swoistym czynniku, regulującym przyswajanie żelaza. Sprawa ta nie jest całkowicie wyjaśniona.

W zastosowaniu praktycznem, u ludzi dorosłych, tylko w wyjątkowych warunkach, jak np. podczas wojny i t. p., spotyka się niedokrwistości, wywołane brakiem niektórych witamin lub nieodpowiednim pokarmem. Najczęściej chodzić będzie o zastosowanie odpowiedniego odżywiania u chorych, u których niedokrwistość powstała z innych przyczyn. Poza uwzględnieniem uwag, wyżej wypowiedzianych, szczególne znaczenie na podawanie wątroby, według *Wipple'a*. Dotychczasowe badania nie wykazały, z całą pewnością, czem jest czynnik krwiotwórczy w wątrobie. Zdaje się, że nie gra tu roli ani żelazo, ani witaminy, znajdujące się w wątrobie.

U dzieci spotykamy się z niedokrwistościami, rzekomo chlorotycznymi, przy odżywianiu niemowląt wyłącznie krowiem mlekiem. Ta niedokrwistość jest wywołana niedoborem żelaza w mleku, przy stosowaniu mleka sterelizowanego wchodzi w grę także brak witaminy C. Podobnie także jednostronne odżywianie mąką lub maślanką może wywoływać podobne skutki, jak brak witaminy A, lub C. Nadto zwracano uwagę w ostatnich czasach na niedokrewność niemowląt, karmionych wyłącznie mlekiem koziem; chodzi tu o niedokrewność, połączoną z wychudnięciem, o ciężkim przebiegu. Autorowie nie widzieli podobnych przypadków a doświadczalne badania na zwierzętach (świnki morskie) wykazały niedokrewność i rychłą śmierć. Brzuchy tych zwierząt były znacznie powiększone, a stolce blade i zawierające dużo tłuszczu obojętnego. Ta choroba doświadczalna przypomina inną chorobę, występującą u dzieci, a mianowicie morbus coeliacus.

Próba Escudero dla rozpoznania dny. (Les épreuves d'Escudero pour le diagnostic de la goutte). C a r a n e g r a.

Paris Médical. Nr. 18. r. 1931.

Jednym z trudnych problemów w klinice jest ustalenie etjologji przewlekłych cierpień stawowych. W klinice profesora *Escudero* (Buenos Aires) przeprowadza się zasadniczo trzy próby u tego rodzaju chorych. Próba pierwsza polega na zastosowaniu gonoyatrenu, który wywołuje odczyn miejscowy (zaczerwienienie, ból i obrzęk), jeżeli sprawa stawowa powstała na tle rzeżączki. Próba pierwsza polega na zastosowaniu gonoyatrenu, który wywołuje odczyn miejscowy (zaczerwienienie, ból i obrzęk), jeżeli sprawa stawowa po- Próba druga polega na stosowaniu tuberkuliny dla wykrycia etjologji gruźliczej. Wreszcie próba trzecia ma na celu wykrycie dny, jako przyczyny choroby stawów.

Escudero sądzi, że oznaczanie kwasu moczowego we krwi nie może być dostateczną podstawą dla rozpoznania dny, gdyż z jednej strony dużo czynników wpływa na poziom kwasu moczowego we krwi, z drugiej zaś strony istota dny polega na szczególnem powinowactwie tkanki mezenchymalnej do kwasu moczowego. Dla tego najlepszym sposobem rozpoznawczym jest oznaczenie długości czasu wydzielania ciał purynowych zzewnątrzpochodnych. *Umber* i *Retzlauff* oznaczają wydzielanie kwasu moczowego po poprzedniem dożylnem wstrzyknięciu tego ciała, rozpuszczonego w piperazynie. *Gutzent* wprowadza dożylnie roztwór moczanu sodowego. *Escudero* uważa te badania za niefizjologiczne, gdyż dożylne wprowadzanie omija czynnik wchłaniania się z przewodu pokarmowego i wpływ wątroby.

Sposób wykonania odczynu biologicznego, podanego przez *Escudero*, jest następujący: chory pozostaje przez 10 do 15 dni na djecie zupełnie bezpurynowej, pełnokalorycznej. Codzienne oznaczanie kwasu moczowego w moczu dobowym (ewentualnie te badania można przeprowadzać w ciągu ostatnich dni tej djety), pozwalają na ustalenie średniej, dobowej ilości wydzielanego kwasu moczowego i ciał purynowych. Oczywiście przy tego rodzaju djecie chodzi tylko o kwas moczowy i puryny, ściśle wewnątrzpochodne. W dniu właściwego doświadczenia chory otrzymuje, poza zwykłem pożywieniem, 100 gr wyciągu mięsnego Armour'a, który według licznych, kontrolnych badań zawiera 1% ciał purynowych, wyrażonych jako kwas moczowy. Także i w ciągu następnych dwu dni chory utrzymuje stałą djetę bezpurynową. W czasie tych trzech dni oznacza się ściśle ilość kwasu moczowego i ciał purynowych w moczu dobowym. Nadmiar tych ciał, w porównaniu do ich ilości w moczu dobowym z ostatnich dni przed próbą, należy odnieść do wywozu ciał purynowych, zzewnątrzpochodnych.

Osobnik zdrowy wydziela podaną dawkę ciał purynowych w ciągu 24 godzin. Niektórzy zdrowi wydzielają nieco mniej, zawsze jednak ponad 70% ilości podanej. Dla uniknięcia możliwych omyłek rozpoznawczych należy uwzględnić następujące dane, otrzymane w klinice prof. Escudero: 1) każde cierpienie stawowe, w którem chory wydziela 70 lub więcej procent podanych ciał purynowych w ciągu 24 lub 48 godzin, nie jest wywołane dną. 2) Chory, który wydziela najwyżej 35% puryn zewnątrz pochodnych, powinien być uważany za chorego na dne. 3) Niektórzy chorzy, źle odżywiani i gorączkujący, wydzielają zaledwo 50% podanych puryn, mimo że nie są chorzy na dnę. Przyczyna tego wypadku jest nieznana. 4) Jeżeli chory wydziela między 35% a 50%, może być uważany z wielkiem prawdopodobieństwem za chorego na dnę, jeżeli współcześnie istnieją i inne objawy, przemawiające za istnieniem tego cierpienia.

Krytyczne uwagi o stosowaniu pochodnych choliny w klinice. (Etude critique sur l'emploi des éther-sels de la choline en clinique). M. V i l l a r e t.

Presse Méd. Nr. 33 r. 1931.

Autor, który jeden z pierwszych wprowadził acetylocholinę do kliniki, podaje szereg uwag o stosowaniu tego leku, opierając się na bogatem doświadczeniu klinicznem oraz na swoich badaniach farmakologicznych. Z wszystkich pochodnych choliny bezwzględnie pierwsze miejsce należy się acetylocholinie, później dopiero izobuterylcholinie, alfametylacetylcholinie, formylcholinie oraz bromkowi bromocholinie i wielu innym.

W stosowaniu acetylocholiny należy uwzględnić następujące warunki: 1) stosować należy tylko świeże roztwory acetylocholiny w obojętnych rozpuszczalnikach. Roztwory acetylocholiny po kilku tygodniach, względnie miesiącach nie tylko tracą swe lecznicze właściwości, ale nadto wywołują bardzo przykre, a nawet śmiertelne powikłania. Dodanie cukru do roztworu acetylocholiny nie stabilizuje go, dla tego autor wzywa do stałej kontroli preparatów acetylocholiny, podobnej, jaka istnieje dla preparatów arseno-benzolowych. 2) Ze wszystkich połączeń acetylocholiny najbardziej nadaje się do klinicznego użytku chlorek acetylocholiny. 3) Najwłaściwszą drogą wprowadzania acetylocholiny jest droga domięśniowa lub podskórna. Droga dożylna nadaje się tylko do bardzo wyjątkowych celów, przyczem należy zachować wielką ostrożność dla uniknięcia niepożądanych powikłań. 4) Jak wiadomo, przeciwko potom u gruźliczych stosuje się małe dawki acetylocholiny. W sprawach naczyniowych kończyn należy stosować dawki wyższe, przeciwko kolce ołowiowej, natomiast dawki jeszcze wyższe, dochodzące nawet do 1 gr.

Przy zachowaniu powyższych ostrożności, autor nie spostrzegał żadnych niepożądanych powikłań. Z przeciwwskazań należy wymienić przedewszystkiem krwiotoki mózgowe, natomiast nerkowe sprawy nie stanowią przeciwwskazania. Autor podkreśla też, że tolerancja ustroju wobec czystego preparatu i świeżego roztworu acetylocholiny jest znaczna, gdyż jak to wyżej wspomniano, ustrój znosi z łatwością dobową dawkę 1 gr. acetylocholiny. Autor nie spostrzegał nigdy przyzwyczajenia się ustroju do tego środka, tam zaś gdzie przy dłuższym użyciu acetylocholiny skutek był coraz słabszy, myśleć należy nie o przyzwyczajeniu, lecz o dalszym postępie zasadniczej choroby, przeciwko której acetylocholina, jako lek objawowy, jest bezsilna.

W c e l a c h r o z p o z n a w c z y c h stosujemy acetylocholinę w naczyniowych spra-

ZAKAZ KOFEINY PRZY GRUŹLICY.

(WYCIĄGI Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO).

DURIG, A. (Profesor, dyrektor Zakładu Fizjologji Uniwersytetu w Wiedniu).

Fizjologiczne podstawy odżywiania z szczególnem uwzględnieniem odżywiania przy gruźlicy.

Handbuch der gesamten Tuberkulosetherapie, prof. dr. Ernst Löwenstein, Wiedeń: Urban & Schwarzenberg, 1923.

Chociaż kawa zmniejsza odczuwanie psychicznego zmęczenia i pobudza czynności psychiczne, to jednak u niektórych ludzi wypicie kawy wieczorem może utrudnić zaśnięcie i wywołać zaburzenia snu. Zdarza się to szczególnie w uzdrowiskach górskich, a zwłaszcza w pierwszych dniach pobytu. Szczególnie ludzie z pobudliwym układem nerwu błędnego, do których zalicza się również i wielu chorych na płuca, są bardzo wrażliwi na kofeinę i dlatego przy zezwalaniu im spożywania kawy wskazaną jest daleko idąca ostrożność. Ludzie tacy są skłonni do dokuczliwego bicia serca, które utrudnia im wówczas sen.

Bunge ostrzega przed używaniem herbaty i kawy jako środków leczniczych, gdyż sztucznie nie pozwalają one do pewnego stopnia na ujawnianie się sygnału naturalnego wentyla — uczucia zmęczenia, chroniącego ustrój przed nadmiernem wyczerpaniem.

I w istocie, przewlekłe nadużywanie kawy, mające na celu umożliwienie długotrwałej nieprzerwanej pracy i przytłumienie wrażenia zmęczenia, doprowadza do ciężkiej nerwowości. Występują często na jaw objawy nerwicy sercowej, drżenie, zaburzenia snu; zdolność fizyczna zmniejsza się coraz bardziej, a nierzadko stwierdza się również i pogorszenie stanu odżywiania. Niektórzy ludzie odznaczają się wybitną nadwrażliwością na kofeinę i reagują na nią wzmożonem wydzielaniem, łatwą pobudliwością psychiczną, inni zaś biegunkami i dolegliwościami sercowemi. Takim należy kawę wogóle zakazać.

Przeciwskazanem jest spożywanie kawy również i we wszystkich przypadkach wzmożonej pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza przy zwiększonem napięciu nerwu błędnego i współczulnego.

Chorzy na chorobę Basedowa przeważnie źle znoszą kawę. Również i chorzy z cierpieniami żołądkowemi są bardzo wrażliwi na kawę. W tych miejscowościach, w których ludność pije kawę w znaczniejszej ilości, często zgłaszają się do lekarzy pacjenci z dolegliwościami żołądkowemi; dolegliwości te można z łatwością zupełnie usunąć przez prosty zakaz spożywania kawy. Chorym z owrzodzeniami żołądka lub jelit należy kawę wogóle zabronić. Zakaz kofeiny nie musi być jednocześnie zakazem kawy, jeżeli zalecimy choremu kawę Hag bez kofeiny. Pacjent będzie wówczas chętnie przestrzegał przepisów lekarza.

wach kończyn, dla odróżnienia np. acrocyanozy (na którą acetylocholina nie wpływa) od zespołu Raynaud'a. W oftalmologji zapomocą acetylocholiny uzyskuje się rozszerzenie tętnicy, znacznie silniejsze i dłużej trwające aniżeli po amylum nitrosum. W neurologji stosowanie acetylocholiny pozwala ocenić rolę, jaką gra złe ukrwienie mięśni. W otorhinolaryngologji stosuje się acetylocholinę dla stwierdzenia naczyniowej natury niektórych postaci zawrotów głowy i głuchoty. Wreszcie w gastroenterologji, zapomocą zgłębnika dwunastniczego, badamy wydzielanie trzustki po acetylocholinie.

Ograniczenie wskazań leczniczych.

Wychodząc z niewłaściwych założeń stosowano acetylocholinę, oczywiście bez skutku, w gruźlicy płuc, w sclerosis multiplex, w uremji, we wrzodzie żołądka, w acrocyanosis, a następnie w szeregu innych schorzeń, w których, mimo skutecznego wyniku, trudno jest stwierdzić istotny wpływ acetylocholiny. Tu należą np. rozmaite bóle wzdłuż pni tętniczych i t. p.

Właściwe wskazania do stosowania acetylocholiny.

Na pierwszem miejscu należy wymienić zapalenie tętnic kończyn. Acetylocholina daje tutaj bardzo dobre wyniki, bez względu na to chodzi o zmiany tętnicze u osób starych, czy też o zmiany na tle kiły lub w zapaleniach tętnic u młodych osób, następnie w rozmaitych zapaleniach tętnic o przebiegu ostrym, albo podostrym, w chromaniu przestankowem, w leczeniu przed i pooperacyjnem zgorzeli kończyn na tle tętniczych zapaleń i t. p. Oczywiście w przypadkach, w których etjologja cierpienia jest znana, przyczynowe leczenie musi być przeprowadzone z całą ścisłością, nie mniej jednak acetylocholina, choć działa tylko objawowo, znosi cierpienia i pozwala na ścisłe odgraniczenie sprawy chorobowej organicznej od towarzyszących jej spraw czynnościowych, skurczowych. Autor poleca w tych cierpieniach codzienne wstrzykiwania 0.40 gr acetylocholiny domięśniowo bądźto w jednej dawce, bądź też po 0.20 gr rano i wieczorem.

Także w przypadkach embolji tętniczych w kończynach można skutecznie stosować acetylocholinę, gdyż emboljom towarzyszy zazwyczaj skurczowy stan naczyń. W chorobie Raynaud'a leczenie acetylocholiną jest uważane obecnie za najlepsze. Różni autorowie otrzymywali też dobre wyniki przy stosowaniu acetylocholiny w całym szeregu cierpień, jak np. w sclerodermji, we wrzodach wywołanych żylakami, w owrzodzeniach u chorych na cukrzycę, w odmrożeniach, w ciężkiej pęcherzycy i w innych troficznych sprawach; wreszcie acetylocholina ma być także skuteczna i w acrodynji, cierpieniu rzadkiem i bardzo ciekawem, a występującem u dzieci.

Wskazania do stosowania acetylocholiny w oftalmologji. Przedewszystkiem stosuje się acetylocholinę w stanach skurczowych arteriae centralis retinae. Nieraz już dawka 0.20 gr. jest wystarczająca, zawsze natomiast wystarcza dawka podwójna, która działa przez dłuższy przeciąg czasu. Podobne stany skurczowe spotyka się po znacznych krwiotokach, przy zatruciu chininą lub pod wpływem alkoholu. Skuteczną jest także acetylocholina w leczeniu glaucoma, przy równoczesnem stosowaniu pilokarpiny.

Wskazania neurologiczne. Acetylocholinę stosuje się w przypadkach rozmiękczenia mózgu, wywołanego skurczem naczyń tętniczych, a także na tle embolji. Skuteczność acetylocholiny okazała się też w przypadku ciężkich napadów padaczkowych, w okresie pojawienia się perjodu, następnie w początkowych okresach zespołu Parkinsona oraz w banalnych porażeniach a frigore.

Wskazania w otorhinolaryngologji. Tu należą przypadki głuchoty, szumu w uszach i t. p., wywołane skurczowymi stanami naczyń krwionośnych.

Wpływ acetylocholiny w innych stanach patologicznych.

Nie ulega kwestji, że acetylocholina w wielu przypadkach obniża wyraźnie ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, nie mniej jednak autor spotykał przypadki, w których nawet dawka 0.60 gr acetylocholiny nie wpłynęła na poziom ciśnienia krwi, w innych zaś przypadkach ciśnienie krwi uległo nawet podwyższeniu do 20 mmHg po bardzo niskich dawkach tego środka. To różne zachowanie się ciśnienia krwi pod wpływem acetylocholiny, mogłoby może posłużyć do rozróżnienia poszczególnych stanów i mechanizmu powstania nadciśnienia, dotychczas jednak nie udało się tego przeprowadzić. Chociaż zatem zachowanie się ciśnienia krwi po omawianym środku, jest różne, to jednak, mimo braku nawet reakcji, można sprowadzić znaczną ulgę chorym z nadciśnieniem. Ulgę tę można tłumaczyć odrębnem reagowaniem odgałęzień wewnętrznej tętnicy dogłowowej (arteria carotis interna), co ponad wszelką wątpliwość stwierdzono.

Dobre skutki po acetylocholinie obserwowano również w zespołach splotu słonecznego, wywołanych uciskiem z sąsiedztwa, w crises gastriques we wiądzie rdzenia i w kolkach ołowiowych (duże dawki).

Wielu autorów bardzo chwali stosowanie małych dawek tego środka, 0.04 gr., a nawet 0.02 gr. w uporczywem poceniu się z rozmaitych przyczyn, w szczególności zaś u niektórych chorych na gruźlicę.

Ze względu na wpływ acetylocholiny na wydzielanie żołądka, zalecają ten lek w stanach upośledzonej czynności żołądka.

Inne pochodne choliny. Autor badał także i formylocholinę, której wpływ na naczynia i serce jest podobny do działania acetylcholiny. Większe znaczenie posiada bromek bromocholiny, który może być podawany doustnie i działa po wessaniu z jelita. Działanie jego jest silne, pojawia się dość późno i trwa bardzo długo. Z powyższych względów autor obawiał się wprowadzać to połączenie drogą podskórną u ludzi. Alfamethylacetylocholina istnieje pod postacią dwuch izomerów, prawo i lewo skrętnych. To połączenie, wprowadzone dojelitowo w dużych dawkach wywołuje u zwierząt szczególnie znaczne obniżenie ciśnienia krwi, które trwa bardzo długo. Po podskórnem podaniu, objawy są podobne (dawka 0.004 na klg. wagi). To działanie obniżające ciśnienie znacznie się wzmaga, jeżeli obok alfamethylacetylocholiny podać także i yohimbinę. To

ACECOLINE

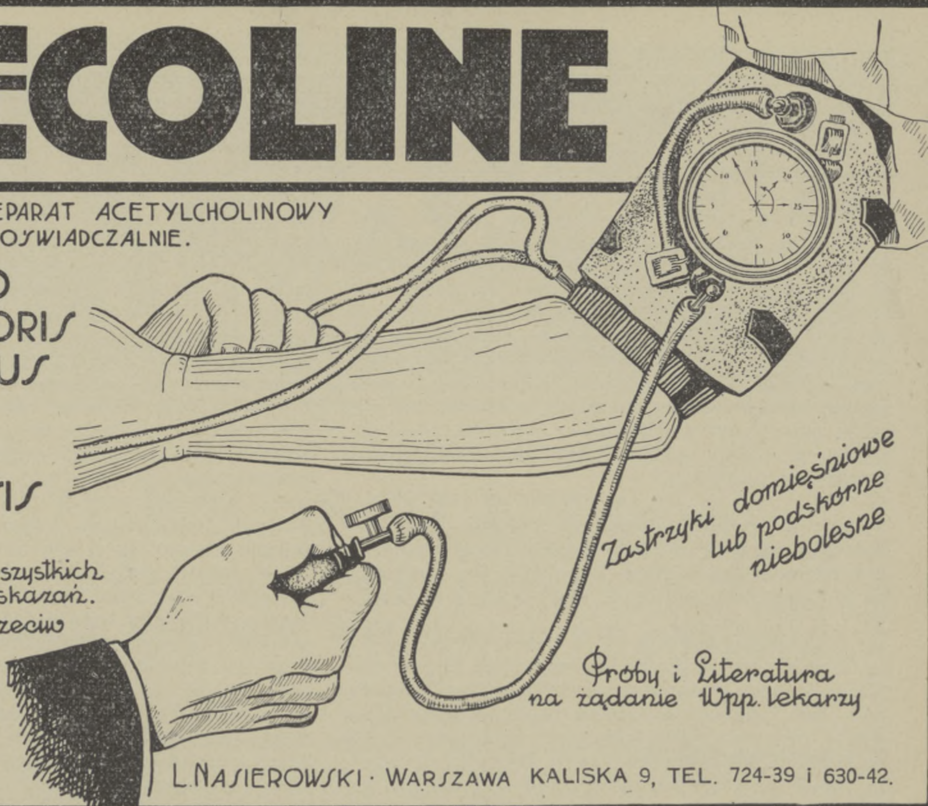
STABILIZOWANY PREPARAT ACETYLCHOLINOWY
SPRAWDZONY DOŚWIADCZALNIE.

HYPERTENSIO
ANGINA PECTORIS
ANGIOSPASMUS
HEMIPLEGIA
GANGRAENA
HYPERHIDROSIS

DAWKA: 0.1-0.2 gr. dla wszystkich wskazań.

DAWKA: 0.02-0.05 gr. przeciw nadmiernym potom.

POSTACI:
ampułki { á 0.10, 0.20.
á 0.02, 0.05.



L. NASIEROWSKI · WARSZAWA KALISKA 9, TEL. 724-39 i 630-42.

L. WŁODARCZYK

PHOSPHACID

Dr. ROMANOWSKIEGO

Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo-fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.

DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływuje energicznie w drodze chemo-biologicznej na odbudowę i uzdrowienie drobin protoplazmatycznych i jąder komórek.

WSKAZANIA

ANEMJA,
REKONWALESCENCJA.
KRZYWICA,
NEURASTENJA,
CUKRZYCA,
GRUŹLICA: chirurgiczna, płucna, gruczołowa, skóry.

W sprzedaży: Pudełka po 6 amp. i po 12 amp, á 1 ccm.
„ „ 6 „ „ 12 „ á 2 ccm.

Stosuje się w postaci wstrzykiwań podskórnych lub śródmięśniowych.

synergetyczne działanie jest jednak zniesione, a nawet yohimbina znosi rozszerzenie arteriae centralis retinae, wywołane przez alfamethylacetylocholinę, o ile zwierzęciu, przed doświadczeniem, usunąć nadnercza. Stąd wynika, że działanie yohimbiny polega na odwróceniu działania adrenaliny.

W zastosowaniu do człowieka dawka 0.02 i 0.04 gr. alfamethylacetylocholiny wywołuje znacznie silniejszy spadek ciśnienia krwi, aniżeli acetylocholina, co w pierwszych doświadczeniach autora było przyczyną wystąpienia niepożądanych objawów, które jednak przeszły bez śladu. Nie ulega kwestji, że alfamethylacetylocholina nadawać się będzie w przyszłości do doustnego stosowania, należy jednak pamiętać, że środek ten wymaga ostrożnego dawkowania. Wprowadzenie pochodnych choliny do lecznictwa jest niewątpliwie poważnym postępem.

Uwagi o leczeniu dusznicy bolesnej zapomocą wstrzykiwań stowainy loco dolenti. (Remarques sur le traitement des angines de poitrine par l'injection de stovaine „loco dolenti"). L. Langeron.

Presse Méd. Nr. 29. r. 1931.

Lemaire przed pięciu laty wykazał, że podobnie jak inne bóle, pochodzące z wewnętrznych narządów, tak i dusznica bolesna daje się łagodzić, a nawet znika po wstrzykiwaniach podskórnych lub doskórnych 1%-wego roztworu stowainy w okolicę rzutu bolącego narządu. Jako tłumaczenie powyższego faktu, przyjęto twierdzenie Head'a, który sądzi, że ból pochodzący z narządów wewnętrznych, daje się wówczas dopiero odczuwać, gdy zostanie przeniesiony na okolicę skóry, która odpowiada t. zw. zonie metamerycznej. Przez zniesienie zapomocą środków znieczulających wrażliwości, względnie nadwrażliwości danej zony Head'a, ustępuje albo przestaje być odczuwany ból danego narządu wewnętrznego.

Praktycznie, leczenie to przedstawia się bardzo prosto i polega na wstrzyknięciu jakiegokolwiek środka znieczulającego w bolesną okolicę skóry, wskazaną przez chorego. Podobno w niektórych przypadkach nawet wstrzyknięcie wody dystylowanej w daną okolicę daje dobre wyniki.

Autor przytacza trzy historje choroby, dotyczące chorych, cierpiących na dusznicę bolesną, zupełnie typową. We wszystkich tych przypadkach dotychczasowe leczenie zapomocą środków nietylko sercowych, ale i przeciwbólowych, jak gorące lub zimne okłady, sedol i t. p., a nawet morfina — nie dawało zupełnie wyników, albo tylko przejściowe ukojenie. Z tych trzech przypadków, w dwuch wstrzykiwania stowainy 1%-wej w dawce 10 ccm dało niemal natychmiastowe ustąpienie bólów. W przypadku pierwszym po dwu zastrzykach, jednego dnia, bóle znikły na miesiąc, poczem pojawiły się w znacznie słabszym stopniu i ustąpiły również po powtórnem wstrzykiwaniu tego środka. W przypadku drugim choremu wstrzykiwano stowainę dwa razy dziennie przez 5 dni, po którem to leczeniu, chory czuje się zupełnie dobrze. W trzecim przypadku wstrzykiwania stowainy nie dały żadnego wyniku, a po 24 godzinach chory zmarł.

Omawiając powyższe przypadki autor podkreśla, że rozpoznanie duszności bolesnej nie ulegało żadnej wątpliwości, różnica jednak między dwoma pierwszymi przypadkami, a przypadkiem trzecim, była ta, że w dwu pierwszych przypadkach chodziło o ludzi względnie młodych (49 lat), bez zmian kiłowych, jak i bez innych, wyraźnych zmian klinicznych lub radiologicznych i bez niedomogi serca. Chorzy ci cierpieli dopiero od niedawna na dusznicę bolesną, nadużywali tytoniu, a może nawet i alkoholu. Dusznicę bolesną w tych przypadkach należy zatem tłumaczyć skurczem tętnic wieńcowych, prawdopodobnie na tle toksycznem, a w każdym razie bez wyraźnych zmian anatomicznych. Natomiast w trzecim przypadku chodziło o człowieka starszego (63 lat), z wyraźnymi objawami znacznego osłabienia mięśnia sercowego. U tego chorego zatem istniało niewątpliwie anatomiczne uszkodzenie zarówno tętnic wieńcowych, jak i mięśnia sercowego. Należy zatem przypuszczać, że omawiany sposób leczenia dawać może korzystne wyniki tylko w przypadkach, w których brak zupełnie tego tła, albo też anatomiczne zmiany są względnie nieznaczne.

W dalszej części swej pracy, autor omawia bliżej stany skurczowe naczyń, powołując się w analogji na choroby tego rodzaju, jak choroba Raynaud'a i chromanie przestankowe. Autor przyjmuje za *Bard-em*, że skurczowe stany naczyń należy uważać za nieprawidłowo silny i długotrwały odruch, a zatem za odruch, który od prawidłowego różni się tylko nasileniem i trwałością. Niekiedy, zamiast tej odmiany prawidłowego odruchu, spotykamy odruch odwrócony, a więc zwężenie naczyń, zamiast ich rozszerzenia, lub przeciwnie. Pobudka do tego naczyniowego odruchu, pochodzić może od powierzchni ciała, a więc od skóry. Droga tego odruchu jest zatem analogiczna do ujęcia sprawy bólowych zon Head'a, lecz kierunek, w którym płynie podnieta, jest odwrócony. W myśl powyższego rozumowania nie jest wykluczone, że leczenie dusznicy bolesnej metodą *Lemaire'a* jest bardziej istotne, niż się to na pierwszy rzut oka może wydawać. Oczywiście, jednak skuteczność tego leczenia może wystąpić tylko w przypadkach odruchowych stanów skurczowych tętnic wieńcowych, nie może natomiast dać pożądanych wyników tam, gdzie są dalej posunięte zmiany anatomiczne wspomnianych tętnic. Nie ulega też wątpliwości, że po usunięciu bólów w dusznicy bolesnej, należy przeprowadzać dalsze leczenie, w sposób dotychczas stosowany, gdyż nie tylko jest niewykluczonem, ale wysoce prawdopodobnem, że przy dłużej trwających i częściej powtarzających się napadach odruchowej dusznicy bolesnej, dochodzi wkońcu do zmian anatomicznych w naczyniach wieńcowych.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Mechanizm chorobotwórczy i obraz kliniczny zgorzeli kończyn w przebiegu cukrzycy. (Les gangrènes diabétiques). Labbé.

La Presse Méd. Nr. 46, czerwiec 1931.

Zgorzel kończyn jest, jak wiadomo, częstem powikłaniem cukrzycy, częstem i groźnem dla życia, gdyż czwarta część wszystkich zmarłych na cukrzycę umiera wskutek cukrzycowej zgorzeli kończyn. Od czasu wprowadzenia do lecznictwa

insuliny liczba ta wzrosła, co należy sobie tłumaczyć w ten sposób, że pod wpływem insuliny zmniejszyła się liczba śmierci wskutek śpiączki cukrzycowej, a tem samem zwiększyły się szanse zachorowania na zgorzel cukrzycową.

Na mechanizm chorobotwórczy tego cierpienia składają się następujące trzy czynniki: 1) zapalenie błony wewnętrznej tętnic, 2) zapalenie nerwów odżywczych i 3) zakażenie. Zależnie od przewagi tego czy innego czynnika w obrazie chorobowym rozróżniamy trzy typy zgorzeli cukrzycowej: 1) zgorzel wskutek zwężenia światła tętnic (endarteriitis obliterans), 2) zgorzel wskutek zmian w nerwach odżywczych (wrzód dziurawiący stopy i inne) i 3) zgorzel wskutek miejscowego zakażenia tkanek.

I. *Endarteriitis diabetica* cechuje się zgrubieniem błony wewnętrznej tętnicy i obecnością złogów cholesteryny w jej ścianie, a różni się od endarteriitis atherosclerotica i endarteriitis luetica brakiem wyraźniej zaznaczonego procesu zakrzepowego. Zgorzel dotyczy najczęściej kończyn dolnych i zaczyna się zwykle od palców, znacznie rzadziej dotyczy kończyn górnych. Klinicznie rozróżniamy tu okres wstępny — z bólami w spoczynku i przy ruchach, z chromaniem przestankowem, bladością i ochłodzeniem skóry, brakiem tętna w zakresie kończyny i wahań oscylometrycznych (Pachon), i okres właściwej zgorzeli. Z początku mamy do czynienia ze zgorzelą suchą (gangraena sicca, mumificatio), analogicznie do takiejże postaci zgorzeli starczej. Zwykle jednakże szybko przyłącza się tu zakażenie i zgorzel sucha przechodzi w wilgotną — ze znacznem obrzmieniem i zaczerwienieniem kończyny, pęcherzami podnaskórkowemi, ropniami i owrzodzeniami, zjawieniem się gorączki, szybkiem pogarszaniem się stanu ogólnego; ognisko zgorzelinowe ma tendencję szerzenia się, powiększania się i łatwo przy tem dochodzi do zakażenia ogólnego, zwykle śmiertelnego. Od zgorzeli wskutek zapalenia tętnic odróżniać należy zgorzel wskutek zatoru pochodzenia sercowego w przebiegu cukrzycy, powikłanej zakażeniem ogólnem, która to zgorzel zaczyna się ostro i ma przebieg gwałtowny.

II. *Zgorzel nerwowa* występuje pod postacią ograniczonej zgorzeli skóry lub wrzodu dziurawiącego stopy, mal pérforant du pied (podeszew, palce). Cechuje się zniesieniem odruchów w zakresie kończyny przy zachowaniu krwiobiegu (tętnienie tętnic). Zmiany powyższe mogą występować nietylko przy cukrzycowem zapaleniu nerwów (neuritis diabetica); spotyka się je również w przebiegu wiądu rdzenia i zapalenia nerwów na tle przewlekłego zatrucia alkoholem. Wrzód dziurawiący goi się bardzo trudno, ale łatwo zato ulega zakażeniu, które może rozszerzyć się na całą kończynę i doprowadzić do rozległej zgorzeli.

III. *Zgorzel z zakażenia.* Zwykle chodzi tutaj o drobnoustroje banalne, które wywierają jednak działanie niszczące dlatego, że napotykają na wyjątkowo sprzyjające warunki: upośledzone często krążenie, zmiany nerwowe i — wreszcie, co może najważniejsze — przesycenie tkanek cukrem. Wszystko to składa się na to, że proces zapalny, mając swój punkt wyjścia często w drobnem otarciu czy skaleczeniu, przechodzi łatwo w zgorzelinowy, a zakażenie miejscowe uogólnia się. Dlatego też i czyraki, a zwłaszcza czyraki mnogie w przebiegu cukrzycy nabierają takiej złośliwości i prowadzą łatwo do rozległej zgorzeli.

Z drugiej strony należy pamiętać o tem, że ów proces zgorzelinowo-zakaźny odbija się nader ujemnie na samej cukrzycy — zwiększa się zawartość cukru we krwi i w moczu, występuje zakwaszenie ustroju, a nawet i śpiączka, co z kolei wymaga uwzględnienia w leczeniu.

Złamania zęba kręgu obrotowego (dens epistrophei), przebiegające narazie bez objawów ucisku rdzenia. (Fracture de l'axis sans symptomes médullaires). Angelesco i Buzoianu.

Revue d'Orthopédie XVIII — Nr. 3, maj 1931.

W złamaniach kręgosłupa rokowanie bywa, naogół, tym gorsze, im wyżej jest to złamanie umiejscowione, względnie im bliższe jest opuszki i ośrodków przepony. Z drugiej strony, w całym szeregu złamań szyjnej części kręgosłupa nie dochodzi wcale (lub przynajmniej narazie) do obrażenia rdzenia kręgowego, nawet w tych przypadkach, w których nastąpiło pewne przemieszczenie odłamów. Tłumaczy się to prawdopodobnie większą szerokością szyjnej części kanału kręgowego od niżej leżących części tego kanału tak, że rdzeń kręgowy nie wypełnia tu całego światła kanału i może być odsunięty przez przemieszczony odłam, nie będąc przezeń uciśnięty.

Dotyczy to również złamań zęba kręgu obrotowego (podstawy lub trzonu) i złamań kręgu szczytowego (atlas), w których może nastąpić samoistne zagojenie się bez następstw chorobowych, i szereg takich przypadków spostrzegano klinicznie. Względnie najmniej groźny przebieg mają złamania tylnych łuków kręgu szczytowego i obrotowego, gorzej bywa przy złamaniu zęba kręgu obrotowego, największe zaś niebezpieczeństwo grozi choremu w razie rozerwania również i więzadła poprzecznego kręgu szczytowego, które zasadniczo ogranicza przemieszczanie się zęba do tyłu i chroni w ten sposób rdzeń przed uszkodzeniem.

W tym ostatnim przypadku narazie objawów rdzeniowych może nie być wcale; stan ten trwa dotąd, dopóki naderwane w czasie wypadku (upadek na głowę, np. przy skoku do wody(więzadło poprzeczne kręgu szczytowego nie ulegnie ostatecznemu rozdarciu, zwykle wskutek przemieszczenia się głowy w całości ku przodowi pod wpływem siły ciążenia. Wówczas bardzo łatwo może dojść do przemieszczenia się zęba do tyłu i śmierci wskutek ucisku na opuszkę rdzenia.

Wnioski praktyczne. 1) W każdym przypadku złamania kręgosłupa w zakresie pierwszych kręgów szyjnych, podejrzewanego klinicznie, należy wykonać dokładne zdjęcie rentgenowskie tej okolicy, chociażby nie stwierdzało się żadnych objawów rdzeniowych. 2) Złamania przedniego łuku kręgu obrotowego są bez porównania groźniejsze od złamań tylnego łuku, które naogół nie zdradzają tendencji do przemieszczeń. 3) Obrażenie opisane wymaga natychmiastowego i ścisłego unieruchomienia górnej połowy kręgosłupa (opatrunek gipsowy) —

dla uniknięcia owego fatalnego w następstwach przemieszczenia odłamu. Jedynie tylko, jeśli już stwierdzamy objawy wyraźne ucisku rdzenia, wskazane jest wówczas operacyjne jego odbarczenie, przyczem dokładne unieruchomienie tej okolicy kręgosłupa jest konieczne i czasie zabiegu, i w okresie pooperacyjnym.

Powikłania ze strony nerek w przebiegu gruźlicy kostno-stawowej u chorych leżących. (Des accidents et complications rénales chez les tuberculeux osseux allongés). Tschudnowsky.

Revue d'Orthopédie XVIII — Nr. 3, maj 1931.

Chorzy na gruźlicę kostno-stawową — dotyczy to zwłaszcza przypadków gruźlicy kręgosłupa, stawu biodrowego i kolanowego — są szczególniej narażeni na powikłania ze strony nerek, co jest w ścisłym związku z jednej strony z charakterem zmian anatomo-patologicznych zasadniczego ogniska chorobowego odwapnienia, z drugiej zaś — z leczeniem tego rodzaju chorych (długotrwałe unieruchomienie, specjalna dieta, przeładowanie ustroju wapnem).

Powikłaniami temi są: 1) pyelonephritis ascendens, 2) kamica nerkowa i 3) gruźlica nerki.

I. Zapalenie wstępujące miedniczek nerkowych i nerek wikła często przypadki gruźlicy kręgosłupa, przebiegające z porażeniem kończyn dolnych. Zaburzenia w mechaniźmie oddawania moczu, zaleganie moczu w pęcherzu, jego bezwolne wyciekanie z przepełnionego pęcherza, częste cewnikowanie — wszystko to sprowadza szybko zakażenie postępujące dróg moczowych, z fatalnemi tegoż następstwami dla życia chorego. Dlatego też o tego rodzaju chorych mówi się, że ich choroba jest w kręgosłupie, ale niebezpieczeństwo ich życia tkwi w nerkach.

W celu możliwego ustrzeżenia powyższych chorych od tego powikłania wskazanem będzie — w okresie zalegania moczu — dwuręczne wyciskanie moczu z pęcherza, zamiast cewnikowania.

II. Kamica nerkowa występuje szczególnie często u chorych na gruźlicę stawu biodrowego, unieruchomionych przez czas długi w pozycji leżącej. Gra tutaj rolę i unieruchomienie (zaparcie stolca), i odwapnienie ogniska chorobowego, i jednostronna dieta, i wreszcie podawanie w celach leczniczych dużych ilości soli wapnia. Pierwszym i jedynym przez czas dłuższy objawem bywa krwiomocz.

III. Gruźlica nerki wikła gruźlicę kręgosłupa, a zwłaszcza jego części lędźwiowej i krzyżowej. Zakażenie nerki odbywa się najczęściej per continguitatem, przez ropnie opadowe (np. ropień mięśnia lędźwiowo-udowego), jakkolwiek możność zakażenia na drodze krwionośnej jest również bardzo prawdopodobna. Powikłanie gruźlicy kostnej gruźlicą nerki nie pogarsza nadzwyczajnie rokowania co do życia, ponieważ przebieg gruźlicy nerki w tych przypadkach bywa naogół łagodny, a ognisko pierwotne w kręgosłupie może ulec pomimo to wygojeniu.

IV. Do rzadszych powikłań należy przebicie się ropnia opadowego do pęcherza moczowego, połączone z nagle powstałym ropomoczem, ewentualnie wytworzenie komunikacji między drogami moczowemi — poprzez ropień opadowy — z powierzchnią skóry, co się przejawia wypływem moczu z przetoki.

M. Czyżewski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Odczyn Roffo (La réaction de Roffo). Portmann G.

Nr. 1. 1930. Revue de Laryngologie.

Chodzi o odczyn biochemiczno-barwny dla rozpoznawania nowotworów złośliwych, niedostępnych dla innych bezpośrednich metod rozpoznawczych. Odczyn różniczkowy polega na różnem powinowactwie „czerwieni obojętnej" („rouge

neutre") do tkanek o różnym stopniu zdolności rozrodczej. Podstawowe doświadczenie na surowicy szczurzej wygląda następująco: Rozczyn (bezbarwny), czerwieni obojętnej, dodany do surowicy szczura zdrowego przybiera barwę żółtą, zaś dodany do surowicy szczura chorego na nowotwór złośliwy, przybiera kolor intensywnie czerwony. Odczyn ten u człowieka wypada analogicznie. Z pośród serji doświadczalnych wyróżnić należy serję *Carranzy*, obejmującą 4000 odczynów i *Passiniego* obejmującą 110 schorzeń nienowotworowych, w statystyce ostatniej odczyn wypadał zawsze ujemnie, w statystyce pierwszej figuruje 1) 3067 schorzeń nienowotworowych, które dały 5% wyników dodatnich, leżących, zdaniem autora, w granicach błędu metody 2) 108 przypadków guzów niezłośliwych, które dały 7 razy odczyn dodatni: 1 torbiel wątroby, 4 naczyniaki, 1 włókniak, 1 brodawczak, w którychto wypadkach wykluczenie tendencji zwyrodnienia złośliwego zasadniczo nie jest możliwe i 3) 814 przypadków nowotworów złośliwych, stwierdzonych klinicznie. Ta trzecia grupa dała 65,36% wyników dodatnich. Odczyny w wypadkach radykalnie operowanych stawały się po pewnym czasie ujemne, zmiana odczynu na dodatni była wyraźną zapowiedzią nawrotu wzgl. przerzutu.

O wyłuszczeniu migdałków i adenotomii w pląsawicy. (De l'amygdalectomie et de l'adenotomie dans le traitement de la chorée de Sydenham). L e t e l i e r L. I.

j. w. Nr. 2.

Autor podaje 10 historji chorób u dzieci w wieku 9 do 14 lat, gdzie wykonał wyłuszczenie migdałków bocznych, czasem także adenotomię z tym efektem, że pląsawica, na którą cierpiały, ustąpiła. Autor uważa zabieg ten w przebiegu pląsawicy za wskazany, gdy wywiad wykazuje częste zapalenia gardła lub gdy migdałki wykazują zmiany zapalne. Powikłań w związku z zabiegiem nie było ani razu. Zabieg wykonany był już to w miejscowem znieczuleniu novocainą, już to w uśpieniu chloroformowem. W 6 z tych przypadków podany jest wynik badania histopatologicznego, które wykazywało każdorazowo przewlekłe zmiany zapalne miąższu migdałków.

Migdałki a ząb mądrości (Amygdales et dents de sagesse). R a t e a u - M e r v i l l e.

j. w. Nr. 6.

Autor, opisując trzy przypadki wskazuje na związki zachodzące między schorzeniami trzeciego molara (zęba mądrości), a ropnemi zapaleniami migdałka i przestrzeni kołomigdałkowych. Autor poddaje analizie stosunki anatomiczne, stwarzające warunki propagacji. A mianowicie w bliskiem sąsiedztwie poza migdałkiem spotykamy zwieracz górny gardzieli (constrictor phar. sup.), wzmocniony powięzią. Zakażenie okolicy zęba mądrości posuwa się podśluzowo (par la voie muqueuse) do wiotkiej tkanki, która znajduje się pomiędzy rzeczonym zwieraczem, wzgl. powięzią jego, a pomiędzy migdałkiem. Ta właśnie wiotka tkanka, zagęszczając się, tworzy torebkę migdałkową. Stąd zakażenie może się rozszerzać w różnych kierunkach, już to na zewnątrz, stwarzając przetoki migdałkowe, już w głąb i ku peryferji. Od wyrostka rylcowego biegnie ku wspomnianej powięzi powięź rylcowo-gardzielowa, która oddziela wypełnione wiotką tkanką — duże przestrzenie: przed-rylcową i zarylcową. Ta ostatnia powięź ustanawia granicę dość odporną, gdy zakażenie przeniesie się poza zwieracz. Gdy i ta barjera zostanie przełamaną i zakażenie dostaje się w przestrzeń pozarylcową, znajduje się ono w najbliższem sąsiedztwie dużych naczyń a. carotis, v. jugularis i ma drogę do śródpiersia otwartą. Analogiczną rolę, jak zwieracz, odgrywa bardziej ku przodowi (na wewnętrznej powierzchni żuchwy), mięsień żuchwowo-gnykowy (mylo-hyoideus). — Ważnem jest przy zaciekach ropnych pamiętać o zębie mądrości i po dokładnem zbadaniu przy współpracy stomatologa i rentgenologa przystąpić ewentualnie do ekstrakcji zęba, niezależnie od innych zabiegów chirurgicznych. Ekstrakcja taka może mieć w leczeniu znaczenie decydujące.

Głuchota zawodowa. (La surdité professionelle). P. R i g o u d.

j. w. Nr. 7.

Statystyka *Escata* obejmuje następujące rodzaje głuchoty zawodowej (gł. z.) w odsetkach zstępujących: Kotlarzy i robotników fabr. przy wyklepywaniu blachy (tôliers) 22%, robotników hut żelaznych i nitowników 15%, kowali i ślusarzy 11%, blacharzy 9%, funkcjonarjuszów stałych kolei żelaznych 7%, mechaników kolei żelaznych 6%, maszynistów kolei żelaznych 6%, młynarzy 6%, oficerów artylerji 5%, potem idą robotnicy fabryk z łoskotami 4%, robotnicy zajęci przy piłach (rhabilleurs de scies) 2%, zajęci na strzelnicach 4%, artylerzyści 3%, muzycy 2%, kamieniarze 0.6%, zajęci próbowaniem ładunków strzelniczych 0.6%. Statystyka Habermana wykazuje kowali 28%, ślusarzy 17%, robotników hut żelaznych 13%, konduktorów maszynowych 13%, młynarzy 12%. W statystykach trudno wyłączyć błędy wynikające z wieku jako też z dyssymulacji z powodu obawy utraty zajęcia. Nowoczesne telefony, zdaniem wielu, nie wpływają niekorzystnie na słuch. Doświadczenia na zwierzętach, głównie morskich świnkach, wykonywane przy pomocy wysokich tonów piszczałek, wykazywały poza następstwami czysto urazowemi z powodu wstrząśnień mechanicznych zmiany w środkowej części podstawowej spirali ślimaka, wzgl. narządu Cortiego, pod postacią wylewów krwi, a potem zmian zanikowych i włóknistych. Po doświadczeniach ogłuszających z tonami niższymi znajdywano zmiany w drugiej spirali, zaś przy jeszcze niższych tonach blisko szczytu ślimaka. Istnieją jednak inne doświadczenia, wykazujące, że rozmiar zmian w narządzie Cortiego zależy nietylko od wysokości, lecz od intensywności tonu wzgl. łoskotu, pozatem zwierzęta ogłuszone pewnym tonem, stają się głuche także na inne tony. Te ostatnie fakty zdają się przeczyć teorji Helmholtza.

Wyniki badań anatomo-patologicznych uzyskane przez Habermanna i przez Zangego na ludziach są analogiczne z wynikami doświadczeń na zwierzętach. Nie wchodząc w szczegóły symptomatologji zawodowego przytępienia słuchu, noszącego wszelkie cechy przytępienia błędnikowego bez za-

jęcia narządu statycznego, zaznaczymy tylko, że wedle obserwacji, przytępienie to występuje tem szybciej, w im wcześniejszym wieku rozpoczyna osobnik ogłuszającą pracą zawodową. Bardzo ważnem jest stwierdzenie, że brak należytych przerw w pracy ogłuszającej i praca w przestrzeniach zamkniętych wybitnie przyczyniają się do przyśpieszenia głuchoty zawodowej. Przy stawianiu rozpoznania należy wyłączyć przytępienie 1) z obciążenia dziedzicznego, 2) z całego szeregu przyczyn pozabłędnikowych jak nieżyty, procesy zrostowe, otoskleroza, a wreszcie 3) z szeregu innych przyczyn działających na błędnik, jak kiła, zapalenie opon nagminne i t. d., należy pamiętać 4) o sprawach toksycznych, jak np. ołów, wreszcie 5) o miażdżycy tętnic i zmianach starczych. Praca Rigoud'a podaje następujące środki zapobiegawcze, ważne dla hygieny zawodowej: 1) zakładanie tamponów nasyconych oliwą do uszu, 2) uchylanie ust, (kotlarze trzymają w tym celu kawałki drzewa między zębami), 3) dla zmniejszenia działania przewodnictwa kostnego wskazane są grube zelówki filcowe, 4) ważnem jest wykonanie rękojeści młotka z materjału źle przewodzącego, 5) zarządzenia zwiększające przestrzenie, w których odbywa się praca i pomiędzy poszczególnymi warsztatami pracy w jednym lokalu, wreszcie 6) zastępywanie w komunikacji sygnałów akustycznych optycznymi. Często jedynem skutecznem zarządzeniem jest porzucenie zawodu.

Przypadek zapalenia gardła wrzekomo ropowicowego. (Un cas de pharyngite pseudo-phlegmoneuse). Fradkine J.
j. w. Nr. 8.

Po krótkotrwałem wzniesieniu ciepłoty rozwija się wśród stanu bezgorączkowego i przy równoczesnym bólu ucha jednostronny naciek ostry zapalny bezropny kołomigdałkowy, bez zajęcia gruczołów chłonnych sąsiednich. Naciek powoduje silny szczękościsk i daje obraz pozornie bardzo groźny, lecz po kilku dniach cofa się bez śladu i dość nagle. Autor stosował w obserwowanym przez siebie przypadku tuż przed poprawą, a po negatywnej punkcji próbnej do nacieku, szczepionkę wielowartościową w sensie proteinoterapii, uważa jednak poprawę następową jako raczej przypadkowy zbieg okoliczności. Autor widzi w opisanym przypadku typ chorobowy, który mianuje nazwą pharyngite pseudophlegmoneuse i uważa ten syndrom jako wynik zapalenia torebki migdałkowej. jako leczenie podaje gorące okłady i ewentualnie zastrzyk szczepionki. Nacięcie przeciwwskazane. (Referent spostrzegał już dużą serję tak przebiegających syndromów; cała trudność djagnozy a priori, tkwi tylko — w podobieństwie do syndromów przebiegających zgoła inaczej, t. j. z następowem zropieniem).

Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Stan obecny leczenia późnych krwawień w połogu. Placintianu.
La Gynécologie, T. 30, r. 1931, 193.

Autor rumuński, pracujący w klinice Beaudelocque'a w Paryżu pragnie w swej pracy dać syntetyczny obraz obecnie panujących poglądów na leczenie późnych krwawień w połogu. Sprawa ta, jak wiadomo, poruszona na nowo przed paru laty przez Couvelaire'a wzbudziła żywe zainteresowanie w piśmiennictwie, którego owoce — artykuły posłużyły za podstawę rozważań Placintianu.

Krwawienie w połogu występuje albo w związku z pozostałemi w macicy resztkami łożyska, albo pomimo zupełnego ich braku. W pierwszym przypadku występuje obok gorączki i krwawienia obecność resztek łożyska, z których rozwinąć się może polip łożyskowy. Obraz mikroskopowy tego ostatniego wykazuje obecność kosmków i skrzepów krwi w stadjum organizacji. Ściana macicy tuż pod polipem leżąca jest żywo unaczyniona, przyczem w większości naczyń widać zakrzepy; w tej samej warstwie uderza duża ilość nacieków leukocytarnych; ten wał ochronny przed zakażeniem w razie uszkodzenia otworzyć może szeroko wrota wejścia dla sepsis universalis.

Późne krwawienie w połogu przy zupełnym braku resztek w macicy jest właściwie jednym z objawów zakażenia miejscowego.

Naogół powiedzieć można, że jest to forma lżejsza od pierwszej, w każdym jednak razie tak na drodze skrwawienia się, jak na drodze ogólnego zakażenia przyjść może do fatalnego zejścia. Przyczynę samego krwawienia upatrywano bądź to w zmniejszonej kurczliwości mięśnia macicy, bądź w nieprawidłowem przyrośnięciu doczesnej; mikroskopowo stwierdzano w miejscu łożyskowem w macicy nacieczenie leukocytow. wielojądrzastych; a bakterjologicznie stwierdzano paciorkowce, które

atakując miejsce łożyskowe mogły być bezpośrednią przyczyną krwawień z licznych w tym odcinku naczyń.

Rozpoznanie w omawianych przypadkach nie jest łatwe, ani też wyodrębnienie przed zabiegiem przypadków z zatrzymaniem resztek łożyska od takich, w których macica jest pusta. Objaw rozwarcia ujścia macicy zawodzi tu, gdyż z jednej strony może ono być rozwarte przy zupełnie pustej macicy, z drugiej zaś strony może być zamknięte, pomimo istnienia w macicy zdecydowanych resztek. To też rozwarcie kanału szyji ma tylko to, zresztą bardzo ważne znaczenie, że pozwala na zbadanie wnętrza macicy palcem, co zresztą winno być wykonane bardzo ostrożnie, ze względu na możliwość zakażenia.

Z objawów ogólnych zwrócić należy uwagę na gorączkę, która występuje w 50% przypadków z zatrzymaniem resztek łożyska i w 46% — bez zatrzymania. W każdym jednak razie lekkie podniesienie ciepłoty w pierwszych dniach połogu jest zjawiskiem prawie stałem. Odchody są często cuchnące przed wystąpieniem krwawień, a położnica skarży się na bolesne skurcze macicy lub bolesność dotykową; macica zwija się słabo, jest duża, miękka.

Śmiertelność wynosi w grupie I z pozostawieniem resztek około 30%, w grupie II — bez resztek około 14%.

Przechodząc do leczenia omawianej groźnej komplikacji połogu przedewszystkiem zaznaczyć należy, że w czasie porodu należy dokładnie obejrzeć łożysko, nie przyśpieszać niepotrzebnie jego odejścia przez brutalne uciskanie i maltretowanie macicy, nie pociągać za pępowinę czy kawałek urodzony łożyska.

W razie wystąpienia krwawienia w późnym połogu szemat leczenia proponowany przez autora jest następujący:

W razie obecności łatwo usuwalnego kawałka łożyska, usunąć go palcem, ostrożnie i aseptycznie; jeśli resztki łożyska są mocno przytwierdzone, nie wykonywać skrobanki, lecz odrazu przystąpić do wycięcia macicy, o ile, oczywista, krwawienie swą siłą wymaga wkroczenia leczniczego.

W przypadkach krwawienia bez zatrzymania resztek należy najpierw wypróbować leczenie zachowawcze i dopiero wobec ciężkiego stanu zakaźnego zdecydować się na usunięcie macicy, oczywista, z drenowaniem jamy brzusznej.

Autor podaje obszerną literaturę.

Znieczulenie splotu lędźwiowo-aortalnego w położnictwie. (L'anesthésie du plexus lumboaortique en obstètrique). A b u r e l.

Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 19, str. 616, r. 1931.

Splot lędźwiowo-aortalny wysyła nerwy czuciowe i ruchowe do macicy. Aby wyłączyć splot lędźwiowo-aortalny bez niebezpieczeństwa uszkodzenia wielkich naczyń, należy wbić igłę (przy położeniu rodzącej na prawym boku), o 4—5 cm. nalewo od kręgosłupa pośrodku pomiędzy 12 żebrem a grzebieniem kości biodrowej o 8—9 cm. wgłąb i wstrzyknąć tam około 30 cm^3. 1% Novocainy lub 1‰ Perkainy, przyczem należy igłę kierować lekko ku kręgosłupowi.

Znieczulenie to nie znosi bolesności w miednicy małej i kroczu podczas samoistnych porodów, aby uzyskać bezbolesność tych okolic należy dodać jeszcze znieczulenie krzyżowe lub lędźwiowe.

Znieczulenie splotu lędźwiowo-aortalnego ma na celu bezbolesne rozwarcie szyji macicy, np. przy postępowaniu według Delmas'a. Ten ostatni stosuje zazwyczaj znieczulenie lędźwiowe, jednak ma ono zasadniczą wadę, mianowicie: wywołuje skurcz trzonu macicy, co utrudnia ewentualny następowy obrót. Znieczulenie metodą Aburela skurczu trzonu nie wywołuje.

Znieczulenie miejscowe w zastosowaniu do wycięcia macicy przez pochwę. (Emploi de l'anesthésie locale et régionale pour l'hystérectomie vaginale). R e g n a u l t J.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 26, Nr. 3, str. 137, r. 1931.

Autor zastosował w kilku przypadkach znieczulenie miejscowe do usunięcia macicy przez pochwę z dobrym wynikiem.

Technika autora polegała na:

1) na znieczuleniu miejscowem krocza lekkiem w przypadkach operacji na macicy, mocniejszem tam, gdzie zamierzał dokonać plastyki krocza;

2) na znieczuleniu przedniej i tylnej ściany pochwy do plastyk przedniej i tylnej;

3) na znieczuleniu przymacicz, przez wpuszczenie obustronnie po przez boczne sklepienia po 8—10 cm^3 płynu znieczulającego, dla nasączenia otoczenia splotu Frankenhäusera. Wbijając igłę należy pamiętać żeby skierować ją nieco ku tyłowi i nie głębiej, jak na 2—3 cm. wgłąb.

Niekiedy w czasie operacji wypada dodać kilka cm^3 płynu do więzadeł szerokich lub lejkowomiednicowych.

Przed zabiegiem należy wstrzyknąć pacjentce scopolaminę z morfiną (naprz. t. zw. sédol).

Autor poleca gorąco metodę omawianą, jako pewną i bezpieczną.

Próby nad nowym środkiem znieczulającym Perkainą. (Essais sur un nouvel anesthésique local. La percaïne). A l b e r t F., G. L a m b e r t.

Arch. franco-belge. Chir. T. 32, str. 429, r. 1930.

Znieczulenie pod wpływem perkainy występuje później, jak pod wpływem scurocain'y, ale zato trzyma się dłużej. Autorzy używali zwykle 0,2—1% rozczyn z dodatkiem 1 kropli adrenaliny na 10 cm^3. Omawiany środek znieczulający nie wywołuje żadnych powikłań; jedynie występuje dość często wybitne zaczerwienienie brzegów rany.

Naogół autorzy uważają perkainę za idealny środek znieczulający, łatwy do wyjałowienia i pewny w działaniu.

Szczegół techniki cięcia cesarskiego nadłonowego. (Un petit point de technique de la cesarienne supra-symphysaire). A u d e b e r t.

Revue Franç. Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 10, 1930 r.

Autor radzi przecinać otrzewną maciczną podłużnie, a nie poprzecznie ponad zamierzonem przecięciem mięsnej ściany macicy podczas wykonywania cięcia cesarskiego w dolnym odcinku.

Stosowane dotychczas powszechnie przecięcie otrzewnej macicznej poprzecznie z zesunięciem otrzewnej ku dołowi uważa autor za niekiedy trudne, kłopotliwe i grożące następowemi wylewami krwawemi podpęcherzowemi.

Cięcie podłużne winno być dość długie, aby nie nastąpiło przedarcie ściany macicy ku dołowi podczas wydobywania płodu. Pozatem nie kryje w sobie żadnych niebezpieczeństw. Aby zapewnić lepszą peritonizację rany w macicy można podminować na boki brzegi otrzewnej macicznej i przy zeszywaniu jej pokryć jeden bok drugim.

(Pozostaje niezrozumiałem jak autor wykonać może cięcie w dolnym odcinku macicy, nie zesuwając pęcherza, skoro ten ostatni przyczepia się do macicy w okolicy jej wewnętrznego ujścia? Przyp. refer.).

Technika i wskazania leczniczego przerwania ciąży za pomocą promieni Roentgena. (Technique et indications de l'avortement thérapeutique par les rayons X.). Huet J. A., A. Sobel.

Bull. Soc. Radiol. méd. France, T. 19, str. 417, r. 1930.

Autorowie wywołują poronienie za pomocą naświetlania promieniami Roentgena, w przypadkach, gdzie z jednej strony wskazane jest przerwanie ciąży ze względów lekarskich, z drugiej zaś strony, przerwanie operacyjne jest przeciwwskazane lub pacjentka nie zgadza się na tę operację.

Technika używana przy tem jest następująca: naświetlanie promieniami mało-filtrowanemi (6 mm Al, 1,25 cm³. E. E.), 2½ miliamp., 5 H na powierzchni. 2 pola, z których promienie krzyżują się na macicy; w sumie zatem 10 H., na jednym posiedzeniu. Poronienie występuje na 22—26 dzień po naświetleniu i przebiega samoistnie.

Po przedstawionym wyżej postępowaniu nie występuje zatrzymanie miesiączki.

KRONIKA.

XI ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH

we Lwowie na Walnem Zgromadzeniu dn. 24 maja 1931 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski.

I. Stwierdzając, że rozwój opieki pozazakładowej nad psychicznie choremi może częściowo złagodzić ujemne skutki niedostatecznej liczby miejsc w zakładach psychjatrycznych, oraz, że rozwój tej opieki jest zgodny z nowoczesnemi tendencjami lecznictwa psychjatrycznego — XI Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do władz państwowych, samorządowych oraz do społeczeństwa z prośbą o wydatne poparcie rozwoju opieki pozazakładowej, jako ważnego działu opieki społecznej i do władz państwowych o nadanie tej postaci opieki podstaw prawnych.

II. Uważając sprawę zapobiegania nerwicom i ich leczenie za jeden z bardzo ważnych punktów programu higjeny psychicznej, i wobec niemożności sanatoryjnego leczenia nerwic u osób niezamożnych, Zjazd uchwala zwrócić się do odpowiednich czynników o zwrot sanatorjum dla nerwowo chorych w Karolinie stosownie do jego pierwotnego przeznaczenia.

III. Katastrofalnemu brakowi łóżek psychjatrycznych w Polsce miały do pewnego stopnia zapobiec trzy wojewódzkie szpitale psychjatryczne w Chełmie, Choroszczy i Gostyninie. Dotąd udało się tylko częściowo uruchomić szpital w Choroszczy. Z powodu braku funduszów grozi nie tylko wstrzymanie wzgl. opóźnienie realizacji dwóch pozostałych zakładów, lecz i zmarnowanie wielkich sum inwestowanych dotąd w obie budowy. Wobec tego stanu rzeczy XI Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie zwraca się do władz państwowych z prośbą o umożliwienie jak najszybszego ukończenia budujących się szpitali psychjatrycznych przez wyjednanie niezbędnych środków finansowych.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.